FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 256

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Paul DILLARD**

Né à Blois, le 24 novembre 1902

---

# DES

# DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT

DE

# L'ANXIÉTÉ NÉVROPATHIQUE

---

*Président :* M. HENRI CLAUDE, *professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

376

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Paul DILLARD**

Né à Blois, le 24 novembre 1902

---

# DES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT DE L'ANXIÉTÉ NÉVROPATHIQUE

---

*Président :* M. HENRI CLAUDE, *professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie médicale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BAUDOUIN. |
| Pathologie médicale | CLERC. |
| Pathologie chirurgicale | LENORMANT. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | LOEPER. |
| Hygiène et médecine préventive | TANON. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | Maurice VILLARET. |
| Clinique médicale | CARNOT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>M. LABBÉ. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | LEREBOULLET. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Pierre DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Clinique de la tuberculose | Léon BERNARD. |
| Professeur sans chaire | MAUCLAIRE. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI. . . . | Clinique médicale. |
| CHIRAY. . . . | Clinique médicale. |
| DEBRÉ . . . . | Clinique médicale. |
| DUVOIR. . . . | Clinique médicale. |
| FIESSINGER. . | Clinique médicale |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique méd. |
| LÉRI . . . | Clinique médicale. |
| AUVRAY. . . . | Clinique chirurgicale. |
| BASSET. . . . | Clinique chirurgicale. |

| MM. | |
|---|---|
| CHEVASSU . . | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER. | Clinique chirurgicale. |
| MATHIEU . . . | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT. . . | Clinique chirurgicale. |
| PROUST. . . . | Clinique chirurgicale |
| SCHWARTZ . | Clinique chirurgicale |
| LE LORIER . . | Clinique chirurgicale. |
| LEVY-SOLAL . | Clinique obstétricale. |
| METZGER. . . | Clinique obstétricale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire . . . . . | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . . | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT. . . . . | Education physique |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique |
| WEILL-HALLÉ. . . . . | Puériculture. |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A Monsieur le Professeur Henri CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Officier de la Légion d'honneur

*Témoignage de profond respect et de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

*A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX*

TOURS.

M. le DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS, Directeur de l'Ecole de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital général.

M. le DOCTEUR LAPEYRE, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital général.

M. le DOCTEUR BOSC, Médecin de l'Hôpital général.

*Qui a su guider nos débuts avec une paternelle bienveillance. En témoignage de notre affectueuse reconnaissance.*

PARIS. EXTERNAT.

M. le DOCTEUR AUVRAY, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.

M. le DOCTEUR PISSAVY, Médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de la Pitié.

*Témoignage de respect et de gratitude pour son inlassable bienveillance à notre égard.*

*A MES MAITRES DANS LES ASILES*

M. le DOCTEUR ROGER MIGNOT, Médecin-chef de l'Asile de Ville-Evrard.

M. le DOCTEUR G. PETIT, Médecin de la Maison de santé de Neuilly-sur-Marne.

M. le DOCTEUR J. CAPGRAS, Médecin chef de l'Asile Sainte-Anne.

A Monsieur le Docteur J. VINCHON, Assistant à la Pitié.

*Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et les conseils les plus éclairés. Nous sommes heureux en lui dédiant ce travail qu'il a dirigé, de lui témoigner notre respect et notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur TOULOUSE, Médecin-chef de l'Hôpital Henri-Rousselle.

*Qui nous a permis d'étudier certains malades de son service. Témoignage de gratitude et de profond respect.*

A M. le Docteur Paul SOLLIER, Professeur à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, Commandeur de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur L. TREPSAT (*in memoriam*)

A Monsieur le Docteur PRUVOST, Médecin du Sanatorium de Rueil.

*Auprès de qui nous avons trouvé en maintes circonstances les conseils les plus éclairés et l'amitié la plus réconfortante. En témoignage de notre inaltérable reconnaissance.*

A MM. les Docteurs BARUK, SCHIFF, anciens Chefs de clinique des maladies mentales, COSSA, Chef de clinique, NACHT, ancien Interne des Asiles.

*Qui nous ont guidé de leurs précieux conseils durant la rédaction de ce travail. Qu'ils en soient vivement remerciés.*

DES

# DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT

DE

# L'ANXIÉTÉ NÉVROPATHIQUE

## INTRODUCTION

L'anxiété est un symptôme banal que l'on retrouve dans toutes les maladies mentales (1). Nous laisserons de côté l'anxiété psychopathique dont les caractères diffèrent sensiblement de ceux de l'anxiété névropathique. Ainsi l'anxiété décrite par Freud n'a pour ainsi dire aucun point commun avec l'anxiété mélancolique (avec laquelle elle est d'ailleurs souvent confondue); elle consiste principalement en exagération par le sujet des possibilités fâcheuses (Yellowlees). Or le mélancolique n'exagère pas ces possibilités : absorbé par sa tristesse le plus souvent il les ignore; s'il ne les ignore point, ces situations vraiment critiques le laissent calme, parfois capable d'agir avec efficacité, quitte à retourner ensuite à ses lamentations. Les symptômes d'anxiété décrits par Freud n'existent donc pas chez ceux que les aliénistes appellent mélancoliques anxieux.

Le névropathe anxieux, à l'inverse du psychopathe,

1. Et dans bon nombre de maladies organiques.

est conscient de son état morbide, « fréquente volontiers le cabinet du médecin » (Vinchon), se montre accessible au traitement moral ; son comportement social est normal : il ne fait pas figure d'aliéné et ne présente aucun des grands troubles qui caractérisent ce dernier (affaiblissement intellectuel, idées délirantes accusées, hallucinations, etc ). On le rencontre surtout en clientèle, dans les consultations spécialisées, dans les villes d'eaux et les maisons de santé. A des degrés moins marqués on le trouve dans « la vie ». A part certains débiles et hypomaniaques, tous les hommes sont émotifs et beaucoup d'entre eux, plus sensibles que les autres, se montrent davantage affectés par les circonstances et offrent un terrain propice au développement de l'anxiété. Ce fait d'observation, confirmé d'ailleurs par la biologie (1) (Krestchmer et Kruger) a conduit Dupré et ses élèves à décrire une constitution émotive et anxieuse. Les symptômes révélateurs de la constitution émotive sont, d'après Dupré, « l'exagération dans leur instantanéité et leur amplitude plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, l'hyperesthésie sensorielle ; le

1. Il existe une grande classe de prédisposés chez qui les chocs moraux sont véritablement pathogènes en ce sens qu'ils aggravent, en le rendant accessible à nos moyens d'investigation, leur état antérieur de déséquilibre végétatif. C'est, en effet, une constatation régulièrement faite par tous les auteurs occupés de ces questions, que la suggestion ne modifie pas la formule électrolytique du sang chez les individus tout à fait normaux. Pour que la suggestion agisse, il faut un état particulier et alors l'anxiété suggérée augmente nettement le calcium du sang (P. E. Morhardt).

déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires; la tendance aux spasmes, enfin l'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions ». L'anxieux constitutionnel de Devaux et Logre est un déséquilibré de l'affectivité qui, parmi les stigmates ordinaires de la constitution émotive, présente avec une intensité plus accusée, les signes de l'émotivité anxieuse. Cette constitution est soit héréditaire (hérédo-syphilis fréquente pour Laignel-Lavastine et Vinchon), soit acquise à la suite de surmenages, émotions répétées, intoxications, infections, etc... Sous l'influence de ces mêmes causes, chocs moraux et physiques, on observe des recrudescences plus ou moins prolongées de l'émotivité constitutionnelle réalisant le tableau de la névrose (psychonévrose émotive, psychose anxieuse) et allant parfois jusqu'au paroxysme (crise anxieuse).

L'influence des facteurs psychiques dans la genèse des états anxieux névropathiques est un fait incontestable qu'on paraît un peu trop oublier de nos temps où les recherches s'orientent d'ailleurs avec raison vers le côté organique, ce qui témoigne d'un esprit médical moins empirique. Mais quelle que soit notre tentation d'attribuer les états anxieux à des désordres physiologiques, il faut bien reconnaître qu'une telle étiologie est souvent secondaire ou même inexistante (Hadfield-Jones). Il y a des malades intoxiqués et qui ne sont jamais anxieux; d'autres, robustes et sains physiquement,

qui le deviennent dans certaines conditions : dans une rue, dans le métro, en traversant une vaste place ; les circonstances qui fond naître leur anxiété, le rôle thérapeutiqne efficace de la suggestion, démontrent bien que la toxémie n'est pas en cause et si l'on trouve fréquemment une hyperactivité des capsules surrénales, il faut se garder d'appliquer la formule trop simpliste *Post hoc, ergo propter hoc*. D'ailleurs les injections d'adrénaline produisent des troubles divers mais ne font pas naître l'anxiété.

Ces réserves étant formulées, l'étude du traitement de l'anxiété névropathique nous semble actuellement intéressante à un double point de vue ; d'abord les diverses théories organiques, qui ont été invoquées pour expliquer la genèse de l'anxiété et de l'hyperémotivité, relevant d'acquisitions scientifiques récentes et en particulier des nombreux travaux qui ont été faits sur le système sympathique et les glandes endocrines ont éclairé d'un jour nouveau la pathologie des névroses. Elles ont donné lieu à plusieurs essais thérapeutiques dont il ne nous paraît pas inutile de faire la critique.

D'autre part le développement que prend la psychanalyse dans la thérapeutique psychiatrique et plus particulièrement dans le traitement et la prophylaxie des états névropathiques nous renseigne avec précision sur le rôle des facteurs psychiques conscients et subconscients ; il confirme l'action prépondérante du traitement moral et fournit une base solide à la psychothérapie.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Chez tous les névropathes que nous avons examinés, nous avons constaté l'existence d'un syndrome fait à la fois d'anxiété, d'hyperémotivité et d'asthénie.

L'anxiété, émotion normale, c'est autre chose que l'état d'inquiétude qui la précède souvent mais non fatalement (Sollier et Courbon). Elle est surtout intellectuelle et morale ; son expression physique est l'angoisse. Chez le névropathe l'anxiété est toujours motivée par des causes psychiques (préoccupations, scrupules, obsessions, phobies). Elle est morbide du fait de son exgération, de sa répétition et de sa durée.

L'hyperémotivité se caractérise par «la facilité des réactions vaso-motrices (pâleur, rougeur), par des réactions secrétoires (pollakiurie, voire diarrhée), de la diminution des fonctions spéciales caractérisée par exemple par le « trac », par une inhibition qui enlève à beaucoup d'émotifs leurs facultés intellectuelles en présence d'un public nombreux, voire par du tremblement et par de l'inaptitude aux réactions motrices volontaires adéquates et quand on interroge le caractère des émotifs, on trouve géné-

ralement que ce sont ces inquiets qui se préoccupent constamment de l'avenir, qui trouvent dans les moindres faits des raisons d'insécurité » (Laignel-Lavastine).

L'anxiété et l'hyperémotivité sont donc deux symptômes presque toujours associés. Dupré et ses élèves (Devaux et Logre) ont d'ailleurs considéré l'anxiété morbide comme une forme de l'hyperémotivité.

Enfin l'asthénie, symptôme secondaire, ne tient pas toujours, comme nous le verrons, à un réel épuisement de la force musculaire mais résulte parfois d'une inhibition psychique ; chez les psychasthéniques elle est souvent paradoxale (Vinchon).

Ce syndrome a déjà été décrit maintes fois et nous le retrouvons dans la littérature médicale sous des appellations différentes suivant les genèses invoquées par les auteurs : psychonévrose émotive de Dupré, psychose anxieuse de Devaux et Logre, psychonévroses anxieuses d'Hartenberg, névrose d'angoisse de Heckel, angst neurose de Freud, psychonévrose du sympathique de Guillaume, névropathie psycho-splanchnique de Grasset, etc...

Nous le rencontrons également dans tous les états dépressifs : dans la neurasthénie et la psychasthénie « cliniquement, le psychasthénique est un insuffisant et un anxieux » (Vinchon) ; dans la cyclothymie, mais on le reconnaît à son début brusque souvent immotivé et à sa disparition aussi rapide sans intervention thérapeutique ; dans la

mélancolie à forme légère, sans hallucinations et sans idées délirantes bien caractérisées, mais le mélancolique se reconnaît à son aboulie, son apathie, l'inconscience de son état morbide, l'absence de doute et la certitude de la réalité de ses craintes et de leur réalisation ; chez le schizophrène au début, mais l'étude attentive du comportement et surtout de l'affectivité permettent de le différencier du névropathe ; enfin, parfois, dans la psychose périodique et la confusion mentale légère du type asthénique de Régis.

L'anxiété est donc un symptôme habituel dans les états dépressifs et dans les névroses où elle dépend à la fois de facteurs moraux et organiques. Ce sont ces derniers que nous nous proposons d'étudier au point de vue thérapeutique. Nous examinerons successivement les cas où l'anxiété est liée à un état infectieux, à une intoxication ou auto-intoxication organique, à des troubles viscéraux digestifs, à des troubles nutritifs (Heckel), à un déséquilibre du système neuro-végétatif, à une alcalose sanguine et urinaire, à un état d'épuisement du système nerveux, à l'insatisfaction sexuelle et au refoulement (Freud).

Mais il est bien évident que certaines de ses causes peuvent se trouver réunies chez le même sujet et se conditionner mutuellement : c'est ainsi que les troubles viscéraux digestifs et les troubles nutritifs relèvent parfois d'une intoxication ou sont liés en grande partie au déséquilibre neuro-végétatif.

Avant d'envisager les divers traitements étiologiques préconisés, nous insisterons sur le traitement symptomatique de l'anxiété névropathique, qui doit être à la fois physique et moral. Le traitement physique aura pour but la sédation des symptômes émotifs et anxieux par le moyen de remèdes efficaces mais peu toxiques. Le traitement moral ou psychothérapie aura le même but mais n'y parviendra que grâce à l'application de principes basés sur une connaissance approfondie de l'état mental de ces névropathes. Il nous paraît indispensable de rappeler succintement ces principes et dans un autre chapitre (voir traitement étiologique) de montrer l'efficacité du traitement moral grâce à l'action conjuguée de la psychothérapie et de la psychanalyse.

Enfin, le nombre des névropathes anxieux augmentant d'année en année dans les pays civilisés comme si l'anxiété était en quelque sorte facteur du progrès, il nous semble également nécessaire de mentionner les causes héréditaires, familiales et sociales qui favorisent son éclosion et sur lesquelles on peut exercer utilement une action préventive (hygiène physique et mentale).

Les observations que nous publions ne sont pas absolument complètes en ce qui concerne l'examen biologique du malade, parce que chaque médecin traitant a basé sa thérapeutique sur les symptômes qui lui ont paru évidents et a négligé les investigations supplémentaires. Elles n'en sont pas moins

intéressantes car chez certains malades (obs. I, VI) elles montrent la variété des médications employées avec un succès d'ailleurs très inégal suivant les causes organiques tour à tour supposées de la névrose.

Personnellement nous pensons que le facteur psychique joue un rôle considérable dans la création et l'entretien de ces états et que le succès thérapeutique ne s'est pas montré là où la psychothérapie était absente. Nous pensons également que l'abus de médicaments plus ou moins toxiques n'est pas un moyen d'obtenir une sédation des symptômes. Quant au diagnostic étiologique, il ne peut être fait que par un examen approfondi du malade après plusieurs séances répétées (d'où l'intérêt du traitement symptomatique) durant lesquelles on aura su envisager toutes les hypothèses actuellement admises : « Assurément, dit Hesnard, il y a une manière psychanalytique de voir un névropathe, comme il y en a une psychiatrique, une neurologique, une endocrinienne, une convergente, etc... Mais le fait de porter plus spécialement son attention sur les déterminations neuro-végétatives ou sur tel ou tel aspect psychologique ou médical de l'affection névropathique ne saurait être nuisible que lorsqu'il est exclusif des autres manières de voir. »

Cette recherche sera grandement facilitée par les données que le professeur Laignel-Lavastine expose dans sa méthode concentrique dans l'étude des psycho-névroses. Il envisage cinq zones pour le

pronostic en profondeur de ces états permettant de faire l'analyse complète du malade.

Du centre à la périphérie on trouve :

1° *Le noyau morbifique* qui comprend les maladies héréditaires ou acquises, tuberculose, syphilis, hérédo-alcoolisme, etc...

2° Faisant suite à cette zone centrale, une zone dite « viscérale » divisée en deux versants :

Un versant *physiologique* dans lequel rentrent les manifestations de désordre physiologique ;

Un versant *anatomo-pathologique*, où se situeront les lésions observées chez les malades et dont l'étude critique permettra de savoir s'il s'agit seulement de coïncidences ou s'il y a un rôle pathogénique à attribuer à ces altérations pathologiques ;

3° Une zone endocrinienne, où l'on distingue également deux versants :

Un versant *humoral* : il y aura lieu d'étudier le milieu humoral par tous les procédés physiques et chimiques et de voir en quoi il est modifié ;

Un versant *morphologique*. C'est ici où l'on marquera les facteurs dépendant de la constitution, du tempérament et du caractère.

4° Une zone nerveuse avec ses deux versants :

Le *premier* concernant la neurologie des relations, où l'on recherchera les critères caractérisés par l'existence ou non de signes physiques d'affections organiques lésionnelles du système nerveux.

Le *second* versant *sympathique*, qui permettra de

voir si les manifestations sympathiques sont d'ordre lésionnel ou d'ordre dynamique.

Enfin, 5° une zone psychique avec : un versant *extérieur* vers la société et les relations d'interpsychologie ; un versant *intérieur* comprenant l'étude des manifestations du subconscient.

Cette étude schématique permet de faire la somme des réactions que le médecin devra envisager pour construire un traitement rationnel.

## TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

« Il n'est pas exagéré de dir qu'une grande proportion et parfois même la majorité des malades de clientèle privée, soit de médecine générale, soit de médecine spéciale, sont des psychopathes, des anxieux, qu'il s'agit de rassurer et dont il faut avant tout traiter l'état moral. »

(Devaux et Logre. Les *anxieux*).

Ce traitement est applicable à tous les degrés de l'anxiété névropathique, mais plus particulièrement aux états paroxystiques. Il comprend comme agents médicamenteux toute une gamme de sédatifs dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue. Il nécessite de la part du médecin une attitude et des paroles qui peuvent avoir une influence décisive sur l'évolution de la névrose, soit en mettant fin au paroxysme dans les cas d'anxiété aiguë, de crise anxieuse, soit en entraînant une disparition progressive des troubles qui caractérisent l'anxiété chronique ; ce dernier résultat ne sera obtenu qu'après plusieurs séances répétées, mais il dépendra en grande partie de la première où le médecin doit s'efforcer de gagner la confiance du malade, laquelle sera elle-

même soumise à l'impression qu'il produira sur lui.

C'est cet art, où la personnalité du médecin joue un si grand rôle, qu'on nomme la psychothérapie.

### 1° Sédatifs et hypnogènes.

Devaux et Logre pensent que le remède spécifique de l'anxiété est l'opium. L'expérience a montré qu'il n'en était pas toujours ainsi et qu'on devait lui préférer des agents plus électifs, bromurés et barbituriques par exemple. De plus, ils reconnaissent eux-mêmes les dangers de l'opium et de ses alcaloïdes quand ils disent : « On peut entrer dans la toxicomanie par la voie de l'anxiété constitutionnelle. »

Néanmoins la codéïne (injection de bromure dans les états paroxystiques, association sirop de codéïne, sirop d'éther), l'extrait thébaïque, l'élixir parégorique (forme intestinale) et surtout le laudanum (ingestion, lavements) sont couramment employés.

Le *laudanum à doses croissantes*, en commençant par V gouttes et en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à XXX gouttes et même davantage est considéré encore maintenant, comme un des meilleurs sédatifs de l'anxiété. Le mélange à parties égales de laudanum, de belladone et d'eau de laurier-cerise donne également d'excellents résultats (Vinchon).

La pratique journalière montre que l'anxiété

névropathique est surtout calmée par les substances du type de la malonylurée et en particulier :

a) Le *phényl-éthyl-malonylurée* ou *gardénal*, donné de préférence à doses réfractées, un centigramme toutes les heures, la dose quotidienne ne dépassant pas quinze centigrammes (Dupouy et Montassut). Les résultats se traduisent par la sédation des paroxysmes émotionnels, l'absence de l'inhibition médicamenteuse et une sensation de mieux-être accusée par les malades eux-mêmes. A l'action sédative du médicament nous pensons que, peut-être, s'ajoute un effet psychique dû à son mode d'administration qui occupe régulièrement la journée entière de ces anxieux, souvent obsédés, trouvant là un moyen de fixer leur attention sur un sujet étranger à leurs préoccupations habituelles ;

b) Le *diéthylmalonylurée* ou *véronal* qui est un hypnotique, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 ;

c) Le *diéthyl* et *isopropyllallylmalonylurée* ou *somnifène*, dont l'action hypnotique est incomparable (administration *per os* de XXX à LX gouttes) ; il lutte avec succès contre les insomnies les plus rebelles.

En injection intra-musculaire (ampoules de 2 cmc.) et intra-veineuse (ampoules de 5 cmc.) il donne d'excellents résultats dans les états paroxystiques avec agitation et angoisse.

A côté des barbituriques dont les propriétés euphoristiques et excitantes entraînent parfois un usage toxicomaniaque (Heuyer et Le Guillant.

De quelques toxicomanies nouvelles. Hyg. ment. mars 1930), il convient de mentionner :

a) *L'allysopropylacétylcarbamide* ou *sedormid*, entré dans la thérapeutique médicale depuis un temps relativement court. Cependant, les résultats obtenus par divers auteurs (Perget, Darré) et par nous-même le classent parmi les médicaments d'usage courant sur l'action desquels on peut toujours compter. C'est uréide, dérivé de l'urée, beaucoup moins toxique que les précédents. On doit le considérer comme un hypnotique léger, procurant un sommeil très agréable et comme un sédatif particulièrement efficace dans tous les cas d'anxiété névropathique. Dans la gamme des hypnotiques et des sédatifs, il trouve sa place entre les bromures insuffisants et les narcotiques trop puissants.

Comme sédatif, l'allysopropylacétylcarbamide est à prescrire à petite dose au cours de la journée et on réservera si c'est nécessaire, une dose plus forte pour les soirs, au coucher. Il se présente sous la forme de comprimés de 0 gr. 25 (sedormid) qui peuvent, grâce à une rainure médiane, être divisés en deux.

*b*) Les *bromures de potassium* et de *sodium* (2 à 4 grammes par jour), calmants par excellence de l'éréthisme réflexe psychique et somatique, d'origine constitutionnelle (Devaux et Logre). Il existe des préparations permettant de les administrer au malade sous une forme commode et agréable (Sédobrol).

*c*) Le *lupulin* (du bouillon) associé ou non à l'*extrait de laitue* (aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour pour le lupulin ; 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour pour l'extrait de laitue) est pour A. C. Guillaume, dans les états neuro-toniques, un sédatif remarquable dont l'emploi peut alterner avec le sédobrol. « Grâce à l'emploi de ces médicaments (sédobrol, lupulin), dit-il, les patients qui trouvaient dans les moindres causes extérieures un élément d'excitation morale et physique, se cuirassent contre ces traumatismes affectifs et se trouvant comme « ouatés », cessent de percevoir les bruits qu'à chaque instant infligent les aspérités de la vie ».

*d*) La *belladone* (teinture ou extrait) qui a une action élective sur les spasmes. Associée à la phényl-éthyl-malonylurée (belladénal), elle constitue un des meilleurs sédatifs de l'anxiété.

L'association passiflore, cratœgus réalisée par certains produits non toxiques (passiflorine), exerce une action sédative *douce*.

Depuis quelques années certains auteurs ont eu recours au *calcium* pour le traitement des crises anxieuses : cinquante centigrammes de calcium dans cinq centigrammes cubes d'eau en injection intra-veineuses produisent une sédation immédiate de l'émotivité (Tinel et Santenoise).

L'injection peut être répétée sans aucun danger pendant quinze jours, au bout desquels les résultats sont beaucoup moins certains. D'ailleurs, ils ne

cachent pas que les échecs sont fréquents pour des causes inconnues.

On doit donc considérer le calcium intra-veineux comme une médication symptomatique d'urgence. L'inquiétude de certains anxieux obsédés est également amendée par cette intervention (Targowla et Ombredane).

On verra plus loin que le salicylate de soude en injection intra-veineuse exerce une influence sédative. D'ailleurs toutes les injections intra-veineuses en général exercent la même influence car c'est en réalité le mode d'introduction qui importe beaucoup plus que la substance injectée (Claude, Tinel, Santenoise).

Enfin, on aura recours aux agents physiques ; l'hydrothérapie chaude ou tiède (bains et douches) surtout dans les formes vaso-motrices et cardio-vasculaires, l'Héliothérapie modérée, l'electrothérapie (électricité statique).

Dans sa centrothérapie, Bonnier, situant dans le carrefour bulbaire, le centre de l'anxiété, a pensé d'intervenir sur ce centre par l'excitation de la pituitaire, provoquée à l'aide de cautérisations nasales.

### 2° Psychotérapie.

Nous ne ferons dans ce chapitre qu'indiquer rapidement les principes essentiels sur lesquels est

basée l'attitude du médecin vis-à-vis du malade qu'il doit rassurer.

Le premier de ces principes est de savoir se taire.

1° parce qu'un bavardage inutile au lieu de provoquer les confidences du malade lui enlèvera toute envie de s'épancher. Or c'est dans cette intention qu'il est venu trouver le médecin afin de se décharger du fardeau de ses préoccupations, scrupules, obsessions et phobies. « L'anxiété et la forme naturelle que tend à prendre le potentiel psychique non dépensé (Devaux et Logre). »

Le petit anxieux en crise porte en lui sa guérison et ses arguments ; le rôle du psychothérapeute est de l'aider à les sortir (les psychanalystes l'ont bien compris) ;

2° Parce qu'en parlant trop, on risque de prononcer un mot maladroit qui sera mal interprété : « On peut dire que ce qui fait la valeur du médecin, déclare Laignel-Lavastine, c'est beaucoup plus ce qu'il ne dit pas que ce qu'il dit. Pesez toujours toutes vos paroles, car, chez les hyperémotifs inquiets, le moindre mot peut être l'occasion de contradictions extrêmement dangereuses et d'un mot mal compris, on peut détruire tous les bienfaits de la psychothérapie déjà commencée depuis une ou deux semaines. »

Le second principe est de savoir parler au malade. « Une formule rassurante prononcée avec calme, une défense impérieuse, une exhortation

brève, une simple suggestion heureuse, beaucoup mieux que les discours et les dissertations, rendront au malade le courage et l'espoir. L'anxieux est un douteur, il est avide de foi, il a besoin surtout, d'une affirmation étrangère catégorique, d'une affirmation qui ne donne pas ses preuves et surtout ne les discute pas. »

Ne pas craindre d'user de comparaisons imagées, de maximes, de proverbes qui frappent par leur justesse, leur concision et restent gravés dans la mémoire.

Le troisième principe est de *faire appel à l'affectivité* du malade et non à sa raison, principe toujours ignoré de son entourage. « Le premier besoin de l'anxieux est *d'être compris* » (Devaux et Logre) ; ce qu'il cherche n'est pas tant une explication de son état qu'un écho des troubles qu'il ressent (1).

D'où cette *attitude intuitive* du médecin qui ne doit pas avoir besoin que le malade lui décrive en entier tous les symptômes dont il souffre, mais pouvoir lui-même en établir le schéma et montrer au patient qu'il connaît mieux que lui tous ses troubles, que ceux-ci existent et qu'ils n'ont rien d'exceptionnel, de monstrueux (Campana).

Par ce moyen il saura gagner sa *confiance* qui est, on le sait, un élément capital du succès.

Cette confiance lui permettra de pénétrer dans

1. Notre nature complexe est ainsi faite que nous voudrions bien différer de nos semblables mais ne pas représenter un type dont nous ne puissions retrouver les éléments en chacun d'eux.

l'*intimité* du sujet et grâce aux lumières de la *psychanalyse* d'atteindre son « moi » inconscient. Il y aura ainsi l'espoir de découvrir un jour le conflit secret, le complexe qui aura servi de noyau névrotique (Voir traitement étiologique).

Enfin (quatrième principe) le médecin devra étendre son action à l'entourage, toujours aidé de sa culture psychanalytique. « Dans les cas de ce genre, écrit Hesnard, le dépistage de la situation familiale, l'analyse rapide de la « constellation parentale fait plus que toute direction, toute rééducation morale. Et le bon sens malgré les critiques » s'accorde ici avec la psychanalyse pour faire admettre que pour apaiser les souffrances d'un nerveux aux prises avec son milieu moral, c'est d'abord ce milieu qu'il faut connaître et modifier. Il ne faut jamais négliger les facteurs affectifs familiaux d'une névrose, sous prétexte que les gens pourvus d'une constitution mentale, dite normale — c'est-à-dire robuste — ne développent pas de symptômes névropathiques dans les circonstances humaines pénibles où les névropathes perdent pied ».

La famille et le patient étant renseignés sur la nature exacte de la maladie, l'erreur des préjugés dont celui-ci est l'objet et les espérances qui sont permises, ainsi sera atteint le but de traitement moral qui est avant tout la *création autour du malade d'une atmosphère qui apaise ses angoisses* (Vinchon).

Dans les phénomènes anxieux *systématisés*, la

psychothérapie sera active (Hartemberg) et aura pour but de décrocher l'émotivité du malade de ses constructions, de le remettre dans le plan de la réalité et de le réadapter à la vie active en lui redonnant confiance en lui même. (La psychothérapie active est d'ailleurs applicable à tous les cas d'anxiété névropathique dans l'intervalle des paroxysmes). Elle sera suivie d'une psychothérapie *d'équivalence* (Campana) où le médecin montrera, dans les actes accomplis par le patient l'équivalent de ceux déterminant ses phobies et lui donnera ainsi l'impression qu'il a déjà fait sans s'en apercevoir le plus gros travail.

Dans les phénomènes anxieux paroxystiques, lorsque le médecin est appelé d'urgence auprès d'un malade en état de crise anxieuse, son attitude doit suffire à lui redonner le calme. Elle doit être de décision, de fermeté, d'assurance mais aussi de compréhension. Après un examen clinique consciencieux des organes dont le malade se plaint, il affirmera avec autorité l'absence de toute lésion organique et s'emploiera à le rassurer en expliquant l'origine nerveuse de ces états pénibles mais sans gravité. « L'hésitation, dit Heckel, le doute scientifique ne sont pas de mise dans ces circonstances pour éviter que les troubles s'installent désormais et se répètent par auto-suggestion et phobies. Rien ne serait plus néfaste que d'émettre un diagnostic erroné qui pourrait devenir la cause constituante d'une pseudo-organopathie. »

Il conviendra enfin de calmer l'entourage souvent affolé et de l'éclairer sur la nature des troubles dont se plaint le malade. L'entourage crée une logique fausse pour expliquer les obsessions qu'il considère comme une maladie du raisonnement et non d'émotivité.

## TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

« On trouve presque chaque jour qu'une affection considérée jusqu'alors comme nerveuse ou en quelque mesure comme immatérielle, doit être, en fin de compte, rattachée à quelque chose d'aussi somatique que possible. »

(P. E. MORHARDT.)

### L'anxiété relève d'un état infectieux surtout grippal.

Il est reconnu depuis plusieurs années que l'anxiété est un symptôme fréquent au cours des infections du système nerveux. Elle a été signalée dans l'encéphalite épidémique (G. Petit), dans la sclérose en plaques et même le rhumatisme articulaire aigu (Targowla), dans la forme dite du rhumastisme cérébral, ce qui permet de supposer que l'atteinte du névraxe par des virus filtrants non identifiés réalise des psychopathies à évolution lente, chronique et par poussées, au cours desquelles l'anxiété apparaît comme un symptôme d'ailleurs inconstant et passager.

Mais la notion d'une anxiété secondaire aux mala-

dies infectieuses n'est pas récente. Régis (*Manuel de Psychiatrie*, p. 118) fait intervenir les maladies déprimantes aiguës et chroniques dans l'étiologie de certains états anxieux comme les obsessions et explique les rechutes d'anxiété sur un fond mélancolique par des poussées d'auto-intoxication. Avec lui, plusieurs auteurs (Morel, Leuret, Lépine, Chaslin, Roubinovitch) ont noté dans les infections et quelquefois dans le paludisme (Grall, Vinchon) l'anxiété et l'angoisse à toutes les périodes de la maladie : au début, dans la période d'état avec ou sans confusion mentale et dans la convalescence. Heckel insiste sur la fréquence des états anxieux dans les maladies infectieuses aiguës : rougeole, variole, suette miliaire, grippe, rage et tétanos, dans le paludisme, dans les diathèses : goutte, diabète, obésité. Mais « parmi les maladies émotivantes, dit-il, la *grippe* semble avoir une action plus marquée et on a décrit depuis longtemps l'asthénie ou la neurasthénie post-grippale. Il s'agit seulement de la grippe, maladie infectieuse, authentique, épidémique, qui laisse après elle de véritables épidémies de dépression nerveuse où l'on reconnaît suivant les groupements symptomatiques, la neurasthénie, l'hystérie, la névrose d'angoisse. Ce sont donc des syndromes émotifs, anxieux, asthéniques, d'origine infectieuse ou dystrophique ».

D'autre part, Targowla, Mlle Serin et Ombredane disent, à propos des syndromes anxieux : « en dehors des facteurs émotionnels invoqués même

spontanément par les malades ou leur entourage, les causes apparentes les plus fréquentes de ces états sont la *grippe* (entendue au sens large et vague du terme) et la puerpéralité ; il va de soi que l'élément causal n'a pas toujours pu être décelé et que, d'autre part, il n'est pas exceptionnel de trouver des facteurs psychiques et organiques, favorisés dans bien des cas par le surmenage et l'épuisement. »

Les auteurs préconisent dans ces cas une thérapeutique anti-infectieuse par le salicylate de soude en *injections intra-veineuses*, associée ou non à l'hexaméthylène tétramine. Ils injectent au début cinquante centigrammes de salicylate (solution au 20e) en une fois tous les jours, pendant 20 jours consécutifs, la série étant éventuellement reprises après une semaine de repos. Ils ont pu augmenter dans certains cas la dose injectée : 1 gramme (10 cmc. d'une solution glucosée au 10e) et 2 grammes (20 cmc.) à la fois. Les injections ne présentent aucune difficulté particulière et ils n'ont enregistré aucun accident.

A côté de son action anti-infectieuse et antitoxique, ils ont noté son influence sédative : « A ce point de vue, disent-ils, il nous paraît préférable à l'emploi des arsenicaux que nous associons toujours aux calmants du système nerveux, même de l'arsylène glucosé préconisé par MM. Euzières et Pagès, que nous réservons pour les états dépressifs et la période de convalescence ; ils donnent

dans ces cas d'excellents résultats, *alors qu'ils nous ont paru exagérer souvent l'excitation psychique des malades à la période d'état* ».

Tinel pense qu'à côté de l'action anti-infectiense du salicylate de soude, il faut faire intervenir, dans beaucoup de cas, l'action sédative du petit choc intra-veineux et la vaso-dilatation que réalise le salicylate sur la circulation cérébrale.

Enfin le salicylate de soude est un cholagogue ; à petites doses il excite la sécrétion biliaire.

Son action sur la bile s'ajoute par conséquent aux actions précédentes, anti-infectieuse et sédative, ce qui explique en partie son efficacité chez les anxieux névropathiques qui sont très souvent des hépatiques (Vinchon).

L'anxiété névropathique se rencontre également dans certaines infections chroniques et en particulier dans la tuberculose (période de convalescence, bon pronostic) et la syphilis (Vinchon). Dans ce dernier cas elle est justiciable d'un traitement spécifique à doses modérées surtout s'il s'agit d'un traitement arsenical (voir obs. II et VI).

### L'anxiété relève d'une intoxication ou d'une auto-intoxication.

L'anxiété est un symptôme fréquent au cours des intoxications. Tous les excitants, alcool principalement, café, thé, peuvent produire, surtout chez les personnes non accoutumées, des états nerveux d'émo-

tivité anxieuse. L'angoisse cardiaque après l'absorption d'une tasse de café fort est une réaction toxique banale chez les nerveux (Heckel). Le tabac doit être également incriminé chez les grands fumeurs. On n'y pense pas assez souvent.

D'autre part tous les médicaments nerveux sont, à partir d'un certain dosage, des toxiques violents et la plupart d'entre eux ont une action manifeste sur toutes les fonctions psychiques et particulièrement sur celles du domaine effectif.

Enfin, chez les toxicomanes, l'anxiété est un symptôme habituel qui traduit l'état de besoin. Chez des individus non accoutumés, l'opium, la morphine et surtout la cocaïne déterminent dans leur emploi exceptionnel un état anxieux d'autant plus accusé qu'ils sont plus sensitifs ou affectifs.

Dans tous ces cas d'intoxication exogène, la suppression du toxique et, chez les toxicomanes, le sevrage, entraînent la disparition des troubles.

Mises à part les infections qui agissent par l'intermédiaire de toxines microbiennes, certaines auto-intoxications organiques produisent les mêmes effets : « On voit apparaître l'anxiété, dit Heckel, dans un grand nombre de manifestations viscérales, fonctionnelles ou organiques, dans les maladies générales et dans les grandes infections qui s'accompagnent de troubles humoraux dyscrasiques. C'est ainsi que s'explique probablement la coïncidence de ces troubles nerveux et des syndromes tels que la goutte, le diabète, l'obésité, l'artériosclérose

rénale, l'insuffisance hépatique, l'urémie et tous les états quelconques où les tissus sont imprégnés de toxines. Ainsi en est-il encore dans la *fatigue* qui est, on le sait, une véritable auto-intoxication par les déchets du travail musculaire que l'on a dénommés« substances ponogènes ».

Si l'asthénie dont se plaignent tous ces malades est le résultat d'une auto-intoxication organique, on comprend le danger qu'il y a de prescrire comme toniques des poisons (strychnine) qui n'ont d'autre effet que d'accroître les troubles par leur action toxique surajoutée.

Dans tous les cas d'anxiété par intoxication exogène ou endogène, le repos et le régime lacté sont indiqués.

Nous avons vu précédemment que le salicylate de soude avait une action anti-infectieuse et antitoxique.

Nous voulons insister également sur les propriétés désintoxicantes du *citrate de soude* récemment employé dans les états mélancoliques par J. Stanesco.

Partant de cette idée que l'état auto-toxique d'origine gastrique (le foie et les voies biliaires étant le plus souvent en cause) amène la viscosité du sang qui aurait comme résultat ces ensembles de troubles psycho-somatiques qui réalisent le syndrome mélancolique, Stanesco a choisi le citrate de soude pour lutter contre cette viscosité. Les malades sont soumis au double traitement : 1° médicamenteux ;

tous les deux jours, injection endoveineuse de 1 gramme de citrate de soude en solution (la tension veineuse descend dans les cas d'amélioration) ; 2° concomitant, le traitement moral ou psychique.

A côté de son rôle désintoxicant, le citrate de soude possède d'autres propriétés physiologiques : sur le cœur, excitant ; sur le sang : décalcifiant et anticoagulant ; sur le tube digestif : purgatif et excitant de la tunique musculaire.

### Anxiété et troubles viscéraux digestifs.

Chez tous les malades que nous avons examinés nous avons constaté la présence de troubles digestifs en rapport avec des manifestations viscérales, le plus souvent : aérophagie, ptoses, modifications du foie et de la vésicule biliaire.

Leur fréquence au cours des états anxieux névropathiques et la guérison du syndrome par un traitement approprié donnent à ces troubles un rôle de premier plan dans la genèse de la névrose qui a pu être qualifiée à bon droit de *névrose digestive* par certains auteurs (Vinchon).

Nous étudierons successivement l'aérophagie, les ptoses viscérales (mégacôlon, dolichocôlon), les troubles hépatiques (réactions vaso-motrices) et biliaires (atonie vésiculaire).

### 1° *Aérophagie.*

Il s'agit soit d'une aérophagie simple avec sialophagie de cause dyspeptique, soit d'une aérophagie spasmodique, éructante qui s'observe particulièrement chez des névropathes qui déglutissent inconsciemment de l'air, la bouche étant fermée, ou qui contractent leur diaphragme, la glotte étant fermée. Il s'agit là d'une sorte de tic nerveux, de crise convulsive qui n'est point commandée par les troubles digestifs mais relève de l'état névropathique de l'individu : l'irritation, la frayeur, l'émotion, un traumatisme peuvent en être le point de départ ; parfois aussi l'aérophagie spasmodique résulte de la transformation progressive de l'aérophagie simple, chez un dyspeptique névropathe. Il faut traiter parallèlement : 1° la dyspepsie et les causes immédiates ou lointaines, facteurs initiaux de l'aérophagie (*dentition défectueuse*) ; 2° l'état névropathique par les sédatifs généraux, physiothérapiques et médicamenteux ; 3° l'aérophagie elle même en démontrant au malade la nature de l'aérophagie, son mécanisme et les moyens de rompre avec l'habitude d'avaler de l'air. Montrer au malade qu'il suffit de tenir la bouche ouverte pour empêcher la série de fausses éructations. Emploi de moyens empêchant ou rendant pénibles les mouvements incessants de déglutition de la salive ou de l'air (bouchon ou coin de bois introduit entre les dents, cravate setrée autour du

cou, etc...). Calmer les phénomènes douloureux par les carbonates de bismuth ou l'eau chloroformée.

Une bonne spécialité : *l'aérophagyl*.

### 2° *Ptoses viscérales. Mégacôlon. Dolichocôlon*

Très fréquentes : Hépato, gastro, entéroptoses celle-ci étant souvent secondaire aux deux autres.

L'hépatoptose relève soit d'un amaigrissement avec état neurasthénique (Déjerine) soit d'une diminution de la tension vasculaire intrahépatique, d'une hypotonie hépatique (Glénard et Vinchon). Elle entraîne une entéroptose qui reste cantonée à l'abdomen sans grand retentissement sur la santé générale et ne tarde pas à disparaître. L'hépatoptose peut être secondaire et apparaître comme épiphénomène au cours d'une entéroptose primitive où l'élément intestinal joue le rôle primordial et pour laquelle on peut invoquer le même mécanisme d'hypotonie neuro-végétative (suite peut-être d'intoxication).

La constriction du thorax par le corset est pour Richet, Hayem et Lion une cause importante d'hépatoptose aussi bien que de gastroptose. La faiblesse des ligaments ne semble pas jouer un grand rôle dans les déplacements du foie, car les ligaments n'ont qu'une importance très secondaire dans la fixation de l'organe.

Le diagnostic des ptoses viscérales est facilement fait par l'inspection, la percussion (pour le foie em-

ploi systématique du *procédé du pouce*) ; il sera confirmé par la radioscopie qui en plus de la chute des organes montre souvent des déformations caractéristiques de l'estomac (spasmes médio gastrique, pylorique) et du gros intestin (*contours très sinueux mégacôlon, dolichocôlon*) ; l'évacuation de l'estomac se fait mal et le transit est ralenti, entraînant de la *stagnation des matières fécales* avec *constipation* et parfois même avec crises d'obstruction intestinale. Le traitement symptomatique aura pour but l'évacuation des matières fécales à l'aide de laxatifs ou de lavements.

*Traitement.* — 1° Le port d'une *sangle abdominale* est indiqué ; il procure un soulagement immédiat et entraîne une diminution au moins momentanée des troubles névropathiques ;

2° Lutter contre l'hypervagotonie ;

3° Dans certains cas *l'intervention chirurgicale* est possible.

A propos de la gastroptose, Pauchet déclare que la question est en évolution progressive et dépend non pas d'un seul traitement mais de tout un ensemble de procédés thérapeutiques dont l'association est indispensable au succès : physiothérapeute, psychothérapeute, endocrinologue, gastro-entérologue, chirurgien doivent se prêter en cette circonstance un mutuel secours, sans que personne puisse déclarer la perfection d'un seul procédé isolé. Tout d'abord il ne faut pas confondre la gastroptose avec la dolichogastrie (allongement de

l'estomac ; en ce cas le cardia et la grosse tubérosité restent en place). Dans la gastroptose proprement dite, il y a chute concomitante de l'estomac, du diaphragme et du foie. Pauchet a pratiqué de multiples interventions ; mais depuis de nombreuses années il en est venu à la méthode la plus simple qui rappelle celle de Lambret avec cette différence qu'au lieu de lambeau dans la paroi, ce qui lui paraît compliqué, il se contente de placer un simple catgut plissant le bord inférieur de l'estomac, d'une part au ligament triangulaire du foie, et, d'autre part à la paroi abdominale, le plus possible vers la gauche. La grande courbure est remontée. Opération très simple si elle est faite à l'anesthésie locale, extrêmement bénigne et facile. Puis traitement médical approprié.

### 3° *Réactions vaso-motrices du foie.*

Elles ont été décrites par Glénard et Vinchon et se rencontrent fréquemment au cours des états anxieux névropathiques avec *hypervagotonie*. Elles consistent en phénomènes de dilatation se traduisant par des *poussées actives de congestion du foie* qui peuvent être mises sur le compte soit d'une intoxication locale du foie, héréditaire ou acquise, soit seulement d'émotions, de soucis. Les troubles du système nerveux végétatif peuvent également donner naissance à des phénomènes inverses d'hypotonie vasculaire du foie avec hépatoptose déjà

décrite plus haut ; enfin à des phénomènes de vaso-constriction (petits foies).

« Le traitement des réactions vaso-motrices du foie doit porter autant d'attention à l'état local de cet organe qu'à celui de la réflectivité nerveuse générale.

« En cas de *congestion active du foie*, le régime alimentaire devra être la première préoccupation. Il conviendra de recommander une diète plus ou moins sévère avec suppression complète des graisses et aliments gras, du vin, de l'alcool, pour mettre le foie au repos et éviter toute cause d'intoxication supplémentaire.

« L'hygiène morale et la psychothérapie devront prendre une place importante dans les cas tributaires d'un déséquilibre neuro-végétatif. La culture physique sera de toutes manières indiquée. On sait à quel point la ventilation pulmonaire et les exercices abdominaux ont une action déplétive sur le foie ; leur utilité n'est pas moins certaine sur le bon fonctionnement du système nerveux général et végétatif. L'hydrothérapie présente ici des ressources précieuses comme action de fond et aussi par l'efficacité du jet baveux chaud sur le foie. L'électrothérapie peut de même être employée comme traitement local (diathermie) ou général.

« Au point de vue médicamenteux les laxatifs doux, le boldo, la bourdaine, le calomel à petites doses auront une place de choix, grâce à leur action stimulante hépatique et gastro-intestinale. Les extraits de foie et de bile, le bicarbonate de soude à doses

modérées pourront rendre de grands services. En cas de troubles vagosympathiques on préférera, comme traitement général, aux arsenicaux les glycérophosphates et notamment le glycérophosphate de magnésie.

« Au moment des poussées congestives, les meilleurs médicaments sont la belladone, la jusquiame, le chlorure de calcium. En dehors des phénomènes aigus, on préférera le jaborandi et la pilocarpine.

« Certaines cures thermales ont une efficacité bien connue pour amener la décongestion du foie, et leur action se montre également favorable vis-à-vis des troubles d'ordre neuro-végétatif, à condition d'un emploi spécialement modéré.

« Les phénomènes *d'hypotonie hépatique* nécessitent aussi l'établissement d'un régime, tout en luttant contre l'hypo-alimentation, fréquente chez les malades de ce genre. Un psychothérapie judicieuse, une rééducation physique doucement progressive, l'emploi d'une sangle, si cela est nécessaire, l'hydrothérapie fraîche, l'électrothérapie stimulante seront utilisées avec fruit. Les laxatifs, l'opothérapie seront d'autant mieux indiqués qu'il y a le plus souvent constipation. Les stimulants du système nerveux et plus particulièrement des fibres musculaires lisses comme l'ésérine rendront service, dans les cas où prédominent les symptômes d'excitation solaire.

« Enfin s'il y a *vaso-constriction*, les bains et douches tièdes, l'électricité statique, les sédatifs du système

nerveux prêteront avec avantage leur concours. De toute façon, il conviendra de ne pas négliger ces troubles vaso-moteurs hépatiques, sous prétexte qu'il s'agit seulement de phénomènes fonctionnels. On se souviendra qu'ils n'ont pas grande tendance spontanée vers la guérison. S'ils disparaissent parfois facilement, ils reviennent ; puis peu à peu ils deviennent plus tenaces et leur persistance finit par engendrer un état d'hépatisme chronique de moins en moins facile à faire disparaître, avec les troubles psycho-névrosiques qui l'accompagnent et déterminent souvent à leur tour des rechutes.

« Mieux vaut pratiquer de bonne heure une salutaire hygiène médicale préventive. » (Glénard et Vinchon.)

### 4° *Atonie vésiculaire.*

C'est également à *l'hypervagotonie* qu'il faut attribuer les symptômes d'atonie vésiculaire et de stase biliaire décrits par Chiray et Zitzermann au cours des états mentaux dépressifs. Cet état d'atonie digestive semble se développer sur un fond de vagotonisme général, état parfois constitutionnel, mais le plus souvent acquis par choc moral, toxi-infection ou surmenage de quelque nature qu'il soit. Dans cet état de déséquilibre vagotonique qui commande à la fois les troubles digestifs, l'atonie vésiculaire et les troubles mentaux, on pourrait se demander si la cholécystatonie mérite une place de premier plan ou si elle ne doit pas être plutôt con-

sidérée comme un élément secondaire du syndrome. Mais là, comme pour les réactions vaso-motrices du foie, l'épreuve thérapeutique améliore presque toujours le syndrome vagotonique entier, tant dans ses manifestations digestives que ses déviations psychiques. La cholécystatonie joue donc dans le syndrome un rôle de premier plan.

Le traitement consiste dans le tubage duodénal (drainage médical biliaire par l'huile d'olive chaude) répété une fois puis deux fois par semaine, espacé dès qu'apparaît une amélioration notable. On doit lui adjoindre une diététique qui n'exclue pas les éléments cholécystokinétiques (jaune d'œuf, beurre, etc.) ; puis des sédatifs et la psychothérapie.

### Anxiété et neuro-arthritisme.

Heckel, dans son remarquable livre sur la névrose d'angoisse, insiste sur les relations pathogéniques étroites qui existent entre les troubles nerveux émotionnels et les troubles de la nutrition.

La réciprocité de leur influence est absolue car si l'émotion peut mener aux troubles nutritifs, ceux-ci et quelle que soit leur origine première, engendrent à leur tour l'état émotionnel.

Les troubles nutritifs ou neurotrophiques, c'est-à-dire portant sur le métabolisme des matériaux alimentaires, sont ceux qui sont compris sous l'appellation peu caractéristique mais traditionnelle de troubles neuro-arthritiques. Ce sont les syn-

dromes neurotrophiques majeurs : goutte, obésité, maigreur, diabète, asthénie, rhumatisme, lithiases et les syndromes neurotrophiques mineurs : migraine, névralgies, varices, hémorroïdes, urticaire, eczéma, furonculose, herpès, catarrhes, etc...

Partant de ce principe, Heckel établit des règles d'hygiène générale diététique et physicothérapique qui diffèrent suivant qu'il envisage les anxieux maigres et surmenés ou les anxieux sédentaires et obèses. Pour les premiers, le repos est indiqué, rarement avec alitement : sauf dans les cas d'anxiété marquée avec grande asthénie. La plupart du temps on obtiendra de bons résultats par un repos relatif, consistant en une sieste d'une demi-heure avant et après les repas. Le repos sera contre-indiqué chez les sédentaires, les surmenés.

La diététique variera également suivant les deux groupes de malades. Pour les hypoalimentés, la meilleure méthode consistera à leur faire prendre cinq repas dans les vingt-quatre heures, qui se succéderont de façon à ce que, de deux repas qui se suivent, l'un soit plus riche, l'autre plus faible. L'horaire peut en être quelconque avec un intervalle d'environ quatre heures.

Chez les asthéniques du réveil, renforcer le petit déjeuner du matin, genre déjeuner anglais.

Le régime, tonique, généreux, doit contenir *toutes les espèces d'aliments*, préparés de façon appetissante. Par sa variété il aidera à vaincre la constipation fréquente chez ces névropathes dénourris

souvent victimes d'un régime végétarien absolu dont ils auraient entendu vanter les bienfaits. L'un d'eux nous disait qu'il se réveillait chaque nuit à la même heure pour ne pas se rendormir et qu'il attribuait ces phénomènes à la mauvaise digestion du repas du soir; aussi réduisit-il sa consommation, mais sans résultat. En réalité il se réveillait parce qu'il avait faim et insuffisamment dîné. Un réveillon improvisé confirma cette idée et désormais un copieux repas du soir fut toujours suivi d'une nuit ininterrompue.

Pour le surnourri et l'obèse : petit déjeuner : thé ou café au lait, très léger en café, avec 30 grammes de pain grillé. Aux deux grands repas, environ 40 grammes de pain 80 grammes de viande pesée cuite; légumes verts et fruits à discrétion ; trois fois par semaine, 150 grammes de pommes de terre ; un verre à bordeaux de vin pur, seule boisson aux repas ; boire au moins un litre de liquide entre les repas ; remédier à la constipation par les préparations à base d'agar-agar, graînes de lin, huile de vaseline, etc... Pas de purgatifs.

Ces régimes, qui sont employés dans le but de corriger des troubles organiques ou métaboliques doivent être d'usage transitoire, pendant 3 ou 4 semaines au plus.

Tout régime qui n'a pas donné, en quelques semaines, deux à trois environ, des signes manifestes d'amélioration, doit être rejeté, remplacé par un autre régime ou par un retour au régime nor-

mal. Enfin, la quantité et la qualité des aliments seront déterminés de façon précise à l'aide de plusieurs critères.

Liée à la diététique, la cure d'exercice est la base pratique d'une méthode thérapeutique à laquelle Heckel a donné le nom de myothérapie, dans laquelle le médecin contrôle les effets de la cure diététo-musculaire par l'abaissement de la courbe du poids quotidien, la surveillance des tensions vasculaires et la mesure de la diurèse.

La myothérapie sera employée d'emblée dans les cas où les troubles nerveux semblent liés à la suralimentation, à la pléthore. Elle sera réservée jusqu'à la période d'amélioration dans les cas où il y a épuisement, surmenage, modification importante de la tension.

La séance d'exercices devra toujours être faite, au début, sous la direction d'une personne compétente et sous le contrôle du médecin. On la placera, de préférence, le soir, entre cinq et sept heures, ou parfois avant le coucher. Le nombre des séances sera de trois à six par semaine, leur durée variant de dix minutes à une demi-heure. Elles comporteront des exercices analytiques, synthétiques et, plus tard, sportifs. Le rythme des mouvements doit être lent, la respiration profonde.

Enfin, Heckel a recours aux agents physiques, médicamenteux et à la psychothérapie.

## L'anxiété est liée à un état de déséquilibre vago-sympathique et endocrinien.

A.-C. Guillaume confond toutes les psychonévroses (états neurasthéniques, hypocondriaques, hystériques, anxieux) et met à leur base un syndrome commun formé de troubles organo-végétatifs traduisant une atteinte de l'appareil vago-sympathique. « Les psychonévroses, dit-il, s'expriment dans leur symptomatologie physique, en parlant par la bouche des syndromes dystoniques vago-sympathiques qui caractérisent justement les névroses du sympathique, leur aile gauche étant formée par les troubles fonctionnels viscéraux et tissulaires. »

Ces troubles neuro-végétatifs ont été décrits en partie par Dupré dans sa *Constitution émotive*, quand il traite du déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires ; il faut y ajouter les troubles somatiques qui constituent l'angoisse.

L'intérêt en présence de ces troubles est de savoir dans quel sens le système sympathique est déréglé, soit au profit de l'ortho soit au profit du para-sympathique. Laignel-Lavastine, dans son *Traité de Pathologie du sympathique* dit que : « L'anxiété et l'angoisse sont toujours au début fonction de l'irritation du vague, cette irritation elle-même se compliquant très souvent d'une excitation diffuse de tout le sympathique. »

Il distingue les anxieux blancs à pouls lent (psy-

chasthéniques) qui sont des vagotoniques, des anxieux rouges, tachycardiques, chez lesquels les réactions initiales du vague sont submergées par les réactions diffuses de tout le système sympathique.

Pour Euzière et Margarot, l'activité du sympathique l'emporte habituellement sur celle du vague au cours des états anxieux. Elle est d'autant plus marquée que l'anxiété est elle-même plus vive.

Pour d'autres auteurs, Vinchon en particulier, l'hypervagotonie est fréquente chez les névropathes anxieux. Elle est de règle chez les mélancoliques.

Pratiquement on recherche cette prédominance de l'ortho ou du parasympathique par l'étude des réflexes oculo-cardiaque et solaire, et mieux par les épreuves pharmacodynamiques.

Cliniquement les sympathicotoniques seraient caractérisés par de la dilatation pupillaire, de l'exophtalmie, de l'accélération cardiaque, une peau colorée, chaude et sèche, une diminution des sécrétions lacrymale, salivaire, intestinale, de la constipation, et ces sujets seraient particulièrement sensibles à l'adrénaline, excitant du sympathique et auraient un R.O.C. inversé. Les vagotoniques seraient caractérisés au contraire par du myosis, de l'énophtalmie, de la bradycardie, de la pâleur, du refroidissement de la peau, des sueurs abondantes, de l'exagération des sécrétions, de l'irritabilité vésicale, du relâchement des sphincters ; ils seraient particulièrement sensibles à la pilocarpine, excitant du vague et auraient un R. O. C. exagéré.

Les médicaments du sympathique les plus employés sont :

1° Pour les **sympathicotoniques :**

Le *Jaborandi* et son alcaloïde la *pilocarpine* (nitrate ou chlorhydrate) généralement dosée à 1 centigramme. Ils sont tous deux vagomimétiques et ont une action élective sur le système sudoripare.

L'*ésérine*, alcaloïde principal de la fève de calabar, est également vagomimétique et orthotrope inhibiteur, à cause de sa toxicité on doit lui préférer la *génésérine* qui se prescrit à des doses plus élevées (gouttes et pilules). La génésérine nous a donné de bons résultats chez des anxieux gastropathes avec irritation du plexus solaire.

La choline est vagomimétique.

Dans les accès hypersympathicotoniques, les *nitrites*, si les phénomènes vaso-moteurs sont prédominants accompagnés des substances du type de la malonylurée (gardénal, somnifène) ou le chloral (Guillaume).

2° Pour les **vagotoniques :**

La *belladone* et son alcaloïde *l'atropine* ont une action vagotrope inhibitrice. Ce sont des antispasmodiques.

La *génatropine* est moins toxique que l'atropine et s'emploie à doses plus fortes.

D'après Laignel-Lavastine, une formule qui donne souvent d'excellents résultats chez les gastropathes ou les entéropathes est l'association de l'atropine

avec l'ésérine. L'atropine diminue l'excitabilité vagale, l'ésérine au contraire excite légèrement le vague et modère l'ortho sympathique ; la légère excitation vagale de l'ésérine est en quelque sorte bloquée par l'action inhibitrice de l'atropine, si bien qu'en associant les deux, on a en somme, un calmant de l'ensemble.

*L'adrénaline* est un excitant de l'orthosympathique. Elle agit surtout en injection sous-cutanée dans l'accès hypervagotonique. Elle a donné certains résultats dans les cas d'anxiété avec hypotension artérielle.

La *jusquiame* est un sédatif extrêmement important et brutal. Il faut donc l'employer avec beaucoup de précautions. Son action est inhibitrice à prédominance vagotrope.

*L'hyoscine* (*génoscopolamine*) et la duboisine ont été employés avec succès dans les crises d'anxiété paroxystiques ; ils procurent au malade une sorte d'ivresse avec torpeur et somnolence.

Enfin la *phényl-éthyl-malonylurée*, déjà mentionnée, dont l'action est amphotrope inhibitrice à prédominance vagotrope.

L'intrication des états endocriniens et sympathiques permet d'associer les extraits glandulaires aux médicaments du sympathique, surtout après constatation ferme d'un trouble des glandes à sécrétion interne.

L'opothérapie fait partie du traitement causal

par l'influence que peuvent prendre les troubles endocriniens dans la répétition des troubles émotifs (Campana).

Les glandes qui nous paraissent jouer un rôle particulièrement actif dans la genèse des états anxieux névropathiques sont : la thyroïde, l'ovaire, la surrénale, l'hypophyse et le pancréas.

### *Thyroïde.*

Selon les recherches de Cannon, les émotions déclenchent des décharges d'adrénaline et l'adrénaline retentit secondairement sur le corps thyroïde. « Dans les psychonévroses émotives, dit Laignel-Lavastine, il y a un facteur sympathique des réactions vaso-motrices et sécrétoires sous la dépendance d'un certain degré *d'hyperthyroïdie*. Tantôt ces manifestations sont psychogénétiques, c'est-à-dire, consécutives à une émotion pure, tantôt elles sont consécutives à une infection ou à une intoxication telles que l'alcoolisme, le caféïnisme ; tantôt les causes qu'on retrouve sont insignifiantes et on est obligé d'admettre l'existence d'une psychonévrose émotive constitutionnelle ».

Léopold-Lévi insiste sur le rôle des glandes à sécrétion interne et en particulier de la thyroïde dans la pathogénie de l'angoisse et de l'anxiété. Il a employé la thyroïde *à dose homéopathique* dans les états de disthyroïdisme même avec hyperthyroïdie et a tenté d'en indiquer avec précision la posologie.

Guillaume a remarqué que dans nombre d'états de nervosisme à type sympathicotonique, *l'hémato-éthyroïdine* donnait de très bons résultats.

Heckel a souvent employé la *thyroïdine* dans les états d'émotivité anxieuse. Son action générale sur l'organisme, à petite et moyenne doses, se traduit par une euphorie, un sentiment de force et de bonne humeur qui est remarquable chez les neuro-arthritiques ; tonique cardiaque, elle détermine l'euphorie circulatoire ; elle est diurétique. Elle excite l'appétit et rétablit le fonctionnement du tube digestif. Elle favorise l'engraissement des maigres. A haute dose elle fait maigrir les obèses.

Elle reste cependant un médicament toxique, peu maniable. Certains nerveux émotifs ne supportent à aucun dosage la thyroïdine qui détermine chez eux de l'arythmie, de l'oppression, de l'anxiété. Ce sont des idiosyncrasiques.

### *Ovaire.*

Les extraits d'ovaire et de corps jaune sont indiqués dans les cas de ménopause, naturelle ou opératoire, d'aménorrhée ou de dysménorrhée, d'insuffisance ovarienne qui sont capables de déterminer des syndromes parallèles d'émotivité très marquée et d'anxiété.

*Surrénale.*

Il existe un certain nombre d'anxieux à réactions fortement vagotoniques chez lesquels *l'adrénaline* provoque une sédation remarquable de l'anxiété (Tinel).

*Hypophyse.*

Inversement il existe une autre catégorie d'anxieux, réfractaires à l'adrénaline et qu'améliore de façon remarquable le traitement hypophysaire. Il semble donc, d'après Tinel, qu'il existe deux types très différents d'anxiété, quelquefois, il est vrai, réunis et combinés chez le même sujet : l'anxiété vagotonique, avec R. O. C. très accentué, que calme l'adrénaline et qu'accentue l'hypophyse ; l'anxiété sympathicotonique qui s'accompagne du reste de toutes les réactions caractéristiques de l'émotion ; elle est soulagée par l'excitation parasympathique que réalise *l'extrait hypophysaire* et accentuée au contraire par l'adrénaline. Tinel en conclut que si le R. O. C. est très marqué le malade est soulagé par l'adrénaline et aggravé par l'hypophyse, tandis qu'au contraire, l'hypophyse soulage le malade dont le réflexe solaire est accentué, tandis que l'adrénaline l'aggrave.

*Pancréas.*

A la suite de nombreuses recherches expérimentales, Santenoise a montré le rôle du pancréas sur la régulation du tonus et de l'excitabilité des centres pneumogastriques ; il exerce une action importante sur l'activité fonctionnelle du système nerveux végétatif en secrétant et en déversant dans le sang une hormone vagotonique différente de l'insuline purement hypoglycémiante. Cette hormone, qui existe dans l'extrait pancréatique désinsuliné de Gley et Kisthinios, a des propriétés hypotensives qui ont été expérimentées avec succès dans certaines cardiopathies (Giroux).

Divers essais de thérapeutique des états anxieux par cette hormone hypotensive du pancréas (Angioxyl) ont été tentés depuis quelques mois (Targowla, Schiff, Trelles, Meignant, Cossa).

Ils ont donné d'heureux résultats chez les anxieux hypertendus. Pour certains (Tinel, Cossa) l'action hypotensive serait secondaire à l'action vagotonisante et c'est dans cette dernière qu'il faudrait étudier la cause des heureux effets observés. Ceci expliquerait en particulier la réussite obtenue non seulement dans les cas d'anxiété chez les hypertendus vrais, mais même dans les névroses d'angoisse.

On emploiera ces produits, si l'on cherche seulement à calmer l'anxiété, à la dose d'une ampoule par jour (20 unités hypotensives) et souvent l'action

se manifestera dès la troisième injection. Mais si l'on veut en même temps lutter avec succès contre l'hypertension, on devra monter aux doses indiquées par MM. Giroux, Gley et Kisthinios, de deux à trois ampoules par jour, en série d'une dizaine de jours.

### Anxiété et alcalose sanguine et urinaire.

Comme l'ont montré un grand nombre d'auteurs : Glaser, Claude, Laignel-Lavastine, Schanzillo et Abramov, les états de tristesse et d'anxiété s'accompagnent généralement d'un pH élevé dans l'urine, c'est-à-dire d'une insuffisance d'acide, d'une alcalose parfois franche et parfois compensée.

« Hypoacidité ou alcalinité ioniques des urines, disent Laignel-Lavastine et Cornelius, valeur élevée du chiffre des acides organiques, tels sont les caractères capitaux de l'urine des anxieux. Ces valeurs correspondent avec la plus grande vraisemblance à une alcalose sanguine parallèle, le rein ne semblant pas posséder vis-à-vis de l'alcalinisation humorale le pouvoir neutralisateur et régulateur qui lui appartient dans la neutralisation des acides par la formation de l'ammoniaque. Il semble au contraire qu'à l'alcalinisation urinaire corresponde une *alcalose sanguine*.

« Cet état hypo-acide, cette tendance à l'alcalose de l'angoisse trouve une confirmation indirecte dans les essais tentés par l'un de nous d'une médication

continue et intensive, de nature acidifiante, dans l'angoisse et suivis de bons résultats. Nous avons choisi le *chlorure de calcium* et le *chlorhydrate d'ammoniaque* que nous avons utilisés à la dose de 4 grammes *pro die* ; à cause de leur toxicité nulle nous les avons préférés à d'autres médications ou régimes acidifiants qui donnent des résultats sensiblement équivalents ; nous voulons parler du jeûne, du régime avec beaucoup de graisses, de l'administration d'HCl officinal, de tartrate borico-potassique, de gardénal ou de morphine (Hasselbach). » Les cas traités ressortissaient au syndrome de la névrose d'angoisse ainsi qu'aux états anxieux symptomatiques (angoisse dyspeptique, goutteuse, alcoolique, hépatique) ceux-ci bénéficiant en raison du terrain qui les conditionne et de leurs caractères urologiques d'une thérapeutique analogue. Dans tous les cas nous avons observé effectivement une atténuation sensible de l'état anxieux permanent, une disparition ou un espacement des paroxysmes, une guérison complète dans les formes plus légères. Une observation est particulièrement intéressante : c'est celle d'un jeune homme de 22 ans, anxieux permanent, ayant la phobie des rapports sexuels et surtout présentant presque chaque jour à la Bourse où il travaille, des crises d'angoisse avec tendance syncopale, crainte de mort subite dans la foule, crainte de la folie. Aucun signe d'affection organique. Les médications toniques et sédatives banales furent sans effet. Les symptômes anxieux, les signes

nets de vagotonie disparurent complètement après un traitement d'un mois par le chlorure de calcium, puis par l'acide phosphorique.

« Nos études urologiques surtout, les résultats de la thérapeutique acidifiante aussi, permettent, semble-t-il, de considérer l'angoisse d'un point de vue nouveau et d'établir une analogie entre elles et certains autres états neuropathiques tels que la tétanie des jeunes enfants ou l'épilepsie dans certaines de ses formes (épilepsie dite essentielle). Dans ces affections certains travaux montrent le rôle que peut jouer l'alcalose comme irritant du système nerveux.

« Sans résoudre toutes les inconnues de problème de l'angoisse, la théorie de l'alcalose nous en montre cependant un des aspects essentiels, éclaire sa pathogénie en rendant compte de l'hyperexcitabilité vago-symptomatique si caractéristique de cet état, nous permet d'apparenter l'angoisse (convulsion vago-sympathique) aux convulsions de l'épilepsie et de la tétanie et enfin justifie une médication acidifiante pleine de promesses ».

A côté du rôle acidifiant du chlorure de calcium il convient de signaler également son action *tonique*.

## L'anxiété est liée à un état d'épuisement du système nerveux.

« Tout système nerveux, originellement débile ou secondairement débilité dans sa résistance, a dit Dupré, offre un terrain propice au développement de la constitution émotive. »

L'anxieux névropathe est en effet un déprimé, un asthénique qui parfois se présente franchement comme un neurasthénique ou un psychasthénique ; l'anxiété est d'ailleurs constante dans ces deux états, particulièrement marquée dans le second où elle est une réaction au doute et à l'obsession.

On est d'autant plus autorisé à admettre comme cause de l'anxiété un état d'insuffisance par épuisement nerveux qu'on retrouve dans le passé récent du malade du surmenage physique ou intellectuel, une maladie déprimante, des soucis, des chagrins, des émotions vives.

Il semble donc logique *à priori* de vouloir stimuler l'organisme par des médicaments nervins d'action tonique ; malheureusement les résultats obtenus par certains d'entre eux particulièrement toxiques, ont été déplorables chez ces malades qui sont souvent des intoxiqués ou des auto-intoxiqués.

C'est ce que nous avons constaté pour la strychnine et certaines préparations arsenicales (acétylarsan) employées d'ailleurs comme traitement spécifique. Ces remèdes ont provoqué une recrudescence

des symptômes névropathiques allant parfois jusqu'au paroxysme.

Heckel cependant préconise la strychnine à doses croissantes mais il reconnaît son action peu élective sur l'émotivité et l'anxiété ainsi que la difficulté de son maniement : « Chez les émotifs constitutionnels, dit-il, chez les obsédés phobiques scrupuleux essentiels, les résultats sont moins heureux, le dosage doit rester plus bas et présente du reste moins d'élasticité par suite des possibilités d'idiosyncrasie et de la sensibilité médidamenteuse des émotifs. »

Il recommande également la caféine à la dose de 0 gr. 05 en particulier chez les agoraphobes dans les formes syncopales et respiratoires ; mais son efficacité n'a pas toujours été reconnue (Campana).

*L'injection sous-cutanée d'oxygène* donne par contre d'excellents résultats dans les cas d'asthénie marquée avec l'avantage de ne pas comporter de contre-indications.

Le bien-être immédiat ressenti par le malade suffit dans bien des cas à lui donner confiance dans la guérison.

Dans tous les cas où la dénutrition est très manifeste, chez les maigres, les dénourris, les anémiques, les cachectiques, les tuberculeux et associés au *fer* ou à l'hémoglobine chez les chlorotiques, *l'arsenic* trouve ses indications comme le *phosphore* et les *phosphates*. L'arrhénal (20 gouttes par jour pendant

10 jours), l'arsylène, l'Hectine nous ont donné de bons résultats.

Les *préparations phosphatées* (glycéro-phosphates), *l'acide phosphorique* sont indiqués chez les asthéniques, neuro-arthritiques. Contre l'asthénie, Chiray et Zitrermann emploient les préparations phosphorées ou *l'adrénaline*.

Nous avons déjà mentionné l'action tonique du *chlorure de calcium*.

Enfin il est des cas où l'asthénie est engendrée ou du moins entretenue par le déséquilibre neurotonique. Dupré, Claude, Hesnard ont établi en effet que l'asthénie des névropathes anxieux ne tient pas toujours à un réel épuisement de la force musculaire. Elle est surtout un phénomène de cause psychique. Si ces malades sont asthéniques, c'est parce que leur esprit, dominé par l'état anxieux se détache de toute activité extérieure et subit une sorte d'inhibition des fonctions nerveuses qui commandent à l'activité musculaire et à l'activité de l'intelligence. Il suffit de les libérer de cette sorte d'inhibition qu'exerce sur le système nerveux central l'hyperexcitabilité du sympathique pour que les symptômes asthéniques s'amendent. On a donc conseillé l'emploi de la *génésérine*, qu'on peut d'ailleurs associer à certaines préparations arsenicales (cacodylates ou méthylarsinates) et strychninées (genostrychnine non toxique).

Nous croyons que dans ces cas la *psychothérapie* est nécessaire pour détacher le malade de ses préoc-

cupations absorbantes et lui redonner le goût de l'activité.

*En résumé, n'employer que des toniques peu toxiques et à doses modérées, au moins au début où l'on doit donner la préférence aux sédatifs. S'en abstenir en cas de paroxysme.*

## Anxiété et insatisfaction sexuelle. Théorie du refoulement

Pour Freud la névrose anxieuse survient chez des gens qui ont incomplètement assouvi leur tension sexuelle. La formule étiologique réside dans *l'irritation génésique insatisfaite* (frustane erregung). La tension sexuelle s'irradie alors du côté de l'innervation somatique, en produisant une série de symptômes parfois très comparables aux manifestations des émotions normales et des manifestations émotives du coït.

Le seul acte qui puisse détourner la tension sexuelle de cette irradiation anormale est le rapport sexuel avec *satisfaction complète*.

« Les petits états anxieux courants, écrit Hesnard, sont très fréquemment dus, au moins dans une grande part, à une disproportion entre l'excitation sexuelle préliminaire et l'assouvissement. Nous avons vu ces dernières années de nombreux cas d'individus constamment entravés par l'angoisse nerveuse, chez lesquels aucun des médecins consultés n'avait eu l'idée de rechercher sérieusement cette cause

quasi-constante d'anxiété névropathique ! Dans notre clientèle ouvrière militaire où le coït interrompu dans un but de fraude conjugale est justifié aux yeux des intéressés par la vie chère, nombreux sont les cas d'anxiété névropathique pénible que nous avons fait disparaître en quelques mois par le simple conseil de cesser ces pratiques énervantes. »

J. Mestafe croït que le coït interrompu, l'onanisme, le coit abore, le saphisme, la pédérastie passive peuvent jouer un rôle dans l'éclosion des psychoses et des névroses. Le plus pernicieux de ces facteurs est le coït interrompu chez l'homme et chez la femme, particulièrement en rapport avec la névrose d'angoisse.

Mais il est aussi des troubles plus ou moins dissimulés de la vie affective, des conflits érotiques secrets (1) (inceste infantile, complexe d'Œdipe avec ses dérivés réactionnels sadiques et autres, complexe de castration ou tabou sexuel infantile, etc...) que le psychiâtre doit savoir déceler par la *méthode psychanalytique*.

On sait qu'un des principes sur lesquels est fondé cette méthode pour pénétrer dans l'intimité des processus psychiques et essayer de découvrir les lois qui les régissent, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, consiste dans le phénomène du *refoulement* de certaines images pénibles dans l'inconscient et le transfert sur les images nouvelles qui viennent les remplacer de la charge émotive ou

1. Conflit de puissance pour Adler.

affect qui appartenait aux images refoulées. Le traitement consiste à rendre l'image ancienne oubliée à son affect, à les réassocier, à les subordonner au contrôle du « moi » conscient, de façon à éviter une nouvelle diffusion. En fait, le point capital est de rendre le malade capable de découvrir et d'apprécier la signification du processus mental qui se manifeste sous la forme d'un symptôme.

Cette recherche use essentiellement de trois procédés :

1° L'étude des associations d'idées, soit spontanées, soit provoquées, aboutissant à la reviviscence des souvenirs, de la vie récente ou ancienne, surtout infantile ;

2° L'anamnèse et le commentaire des rêves ;

3° L'observation et l'interprétation des menus faits, plus ou moins inconscients de la vie journalière, paroles automatiques, actes manqués, attitudes, gestes, etc...

Heureusement la psychanalyse ne se borne pas à l'application de ces procédés qui peuvent dans certains cas présenter des inconvénients : transfert trop tumulteux, hostilité ou résistances soudaines (qui abandonnées ensuite à elle-mêmes risqueraient d'être plus nuisibles qu'utiles), erreurs d'interprétation des symboles, développement des tendances introspectives, etc...

La *psychothérapie* étayée par une *culture psychanalytique* suffit la plupart du temps à dégager le complexe affectif de l'inconscient.

« Les cas où incontestablement la culture psychanalytique rend les plus grands services, écrit Hesnard, sont les états névropathiques atténués et, avant tout, les syndromes dits neurasthéniques et psychasthéniques, les syndromes phobiques et obsessionnels, à base d'anxiété toujours et très souvent méconnus par le médecin sans éducation psychiatrique. Ils sont innombrables ; et tout psychiâtre, entraîné à les dépister, qui accepte de remplacer un confrère non spécialisé en psychiâtrie ne peut manquer d'être frappé de ce fait qu'ils constituent une notable partie de sa clientèle temporaire. Ajoutons que beaucoup d'entre eux, vus sous l'angle de la clinique générale, sont traités pour des symptômes physiques qui ne sont, bien entendu, qu'un aspect le plus souvent bruyant ou frappant mais secondaire ou accessoire de leur affection : dyspepsie atonique, éréthisme cardio-vasculaire, faux hépatisme, dysendocrinie, vago-sympathose, etc...

« Chez tous il y a absence de virilité (cas de l'homme) et de féminité (cas de la femme). Le psychiâtre à culture psychanalytique ne se contentera pas des premières affirmations du malade, assurant qu'il est « normal au point de vue sexuel » par exemple. Il décèlera chez l'homme hanté par les idées d'ordre viril — d'où son affirmation de virilité — toutes sortes d'inhibitions de l'appétit érotique de sens normal par persistance de telle ou telle tendance infantile : fixation à la mère, identification trop intense au père, composant secondaire-

ment un sentiment d'infériorité à son égard avec culpabilité primitive résultant d'une révolte haineuse contre lui ; repliement narcissique sur soi-même consécutif à certains conflits infantiles, culture imaginative de certaines tendances perverses, masochistes ou homo-sexuelles, etc... Cette recherche qu'il pourra faire très discrètement aura l'avantage de lui dicter son attitude thérapeutique : *conseils à l'entourage familial, genre de vie, conversations psychothérapiques.* »

Ainsi on ne saurait séparer la psychanalyse de la psychothérapie ; ces deux modes de traitement moral se complètent et ne sont réellement efficaces qu'étant étroitement associés. Ils exigent de la part du malade le même degré de confiance, la même soumission. Ils commandent au médecin la même attitude avant tout passive, sauf au début et dans certaines phases de la cure. Ils ont le même but de rééducation par laquelle on permet au malade de se connaître, de reprendre confiance en lui et de se sentir indépendant. Cette connaissance que le sujet acquiert ainsi de lui-même est une garantie contre un retour de l'état névropathique.

## PROPHYLAXIE

Le traitement prophylactique visera avant tout la suppression par *l'hygiène physique et mentale* des causes qui favorisent le développement de l'anxiété névropathique et qui président à son entretien. Ces causes sont de trois ordres : *héréditaires, familiales, sociales.*

L'anxiété névropathique apparaît le plus souvent chez des sujets prédisposés au point de vue héréditaire, que cette hérédité soit névropathique, neuro-arthritique(Heckel), ou même alcoolique. Parlant des unions entre névropathes, Féré dit : « Les émotifs ont entre eux des affinités électives qui les poussent à se chercher et trop souvent ils se trouvent.» D'autre part l'influence de l'état émotionnel des parents au moment de la conception sur celui des enfants a, de tout temps, frappé les esprits. Ce n'est pas en vain qu'on peut invoquer une hygiène des rapports sexuels.

Les événements qui se produisent durant la gestation ont une répercussion sur la sensibilité de l'embryon. Il n'est pas rare qu'un choc émotif chez une femme d'ailleurs impressionnable laisse des traces qui prendront tôt ou tard une forme névropathique durant la vie du sujet. Aussi est-il recommandé à

la mère comme à son entourage d'éviter tout ce qui peut être une cause d'émotion.

Dans l'enfance, les causes sont d'ordre familial et relèvent en grande partie de l'*éducation* donnée par les parents. La faiblesse, les soins excessifs président au développement insuffisant de la volonté, la vraie sauvegarde de l'émotif contre les heurts et les difficultés de l'existence ; par contre une sévérité excessive développe chez les enfants une timidité, une émotivité qui étouffent leur naïve et confiante spontanéité. Cette sévérité va parfois jusqu'aux corrections corporelles qui sont un des plus déplorables procédés d'éducation.

Mais ce qui est pire, c'est la mésentente entre les parents, les discussions continuelles qui créent dans ces foyers où devrait régner la paix une atmosphère hostile qui met l'enfant dans un état de tension nerveuse pénible, d'angoisse dont il gardera si ce n'est la marque, au moins le souvenir (1).

« Ceux d'entre eux, dit Heckel, qui sont des affectifs passifs souffrent en se soumettant. Les autres réagissent grâce à leur sensibilité active, prennent parti et accentuent les différends et les ruptures. La fâcheuse éducation des enfants dans les familles désunies les mène immanquablement à de mauvaises habitudes psychiques.

1. Combien de parents seraient étonnés si on leur déclarait qu'ils sont responsables non seulement du déséquilibre émotif de leur enfant, mais aussi de ses jugements erronés sur la vie, de son amoralité et de son dégoût de la vie familiale !

Hormi ces causes, il y a le développement de la personnalité de l'enfant sur lequel la psychanalyse nous a éclairés en montrant le rôle joué par *l'inconscient* dans sa lutte avec la réalité extérieure et en précisant les moyens d'agir sur ces conflits intimes en évitant des excitations nuisibles et surtout des répressions trop fortes des tendances de l'enfant : « Il faut lui rendre cette réalité aussi agréable que possible en lui remplaçant chaque plaisir issu d'une satisfaction instinctive par des joies possibles et rationnelles » (R. Laforgue et S. Nacht).

Ces tendances sont liées au développement de la *sexualité infantile*. Les manifestations de la sexualité infantile réprimées trop violemment auront pour résultat une inhibition des fonctions sexuelles, source des névroses. La masturbation en est la plus répandue. Sa répression par la description des dangers imaginaires peut créer un sentiment de culpabilité inconscient qui pèsera sur toute la vie psychique et pourra devenir un noyau névrotique.

Il est préférable d'essayer de résoudre le conflit dont la masturbation n'est le plus souvent que l'expression que de s'attaquer à l'acte lui-même, car «ce qui dans la sexualité n'a pu se faire jour normalement et exige la masturbation pour se réaliser, se réalise par l'intermédiaire de symptômes névropathiques » (Laforgue et Nacht).

Les enfants ont aussi des *préoccupations* touchant la sexualité et ses manifestations ; il importe de les renseigner aussi exactement que possible en leur

montrant la vérité et de leur expliquer les choses de la vie sexuelle avec la même véracité, le même naturel et la même simplicité que toutes les autres manifestations de la vie.

L'enfant mal informé réagit tôt ou tard d'une façon morbide, soit qu'il ne puisse résoudre le mystère de la sexualité, soit qu'il se forge tout seul une explication fantaisiste.

Les parents devront aussi les aider à résoudre le problème délicat des *inclinations parentales* (élan vers le père ou la mère) également source de névroses. Il faut que l'enfant accepte de renoncer à sa mère sans quoi il restera toujours le petit enfant, épave impuissante dans la vie, à la recherche perpétuelle d'une mère. De même qu'il faut accepter l'autorité (bien comprise) du père qui à son tour doit le former. La petite fille aussi pour développer sa féminité doit se détacher de sa mère et aller vers le père. « Nous pensons, disent Laforgue et Nacht, que les parents éclairés sur ce qui se passe dans l'âme des enfants pourraient éviter bien des chocs douloureux, en entourant de *douceur compréhensive* ces luttes intérieures, et surtout, en ne les rendant pas plus aiguës par des interventions maladroites et intempestives. »

Parmi les *causes secrètes* ont doit incriminer le surmenage sous toutes ses formes : surmenage professionnel (le choix d'une profession n'est pas sans importance pour ces hyperémotifs anxieux qui doivent plutôt être orientés vers des métiers stables,

peu fatigants où les responsabilités soient partagées) et particulièrement surmenage scolaire dû aux programmes surchargés ; les conditions actuelles d'existence dans les grands centres, qui s'ajoutent au surmenage et ne permettent pas de détente ; l'abus des excitants, des toxiques et, en particulier, de l'alcool, vrai dispensateur d'émotivité et d'anxiété tant pour l'individu imprégné que pour son entourage terrorisé et sa descendance tarée ; la fréquentation de certains spectacles, les lectures, le genre de vie (dilettantisme) ; les névropathes sont des déséquilibrés souvent portés à la recherche d'émotions malsaines et s'intoxiquent volontiers d'une littérature dont la perversité, le pessimisme et la morbidité font les frais. Signalons enfin l'oisiveté qui est non seulement mère de tous les vices mais de toutes les névroses et le défaut d'action : « Le monde, dit Heckel, est plein de spéculatifs inutiles et vide de réalisateurs féconds. »

## OBSERVATIONS.

### OBSERVATION I (personnelle)

Recueillie à l'Hôpital Henri Rousselle,
service de M. le Dr Toulouse.

Mlle. G. M..., 31 ans, sténo-dactylographe.

Entre le 29 novembre 1929 avec le certificat suivant du Dr Montassut : « Emotive constitutionnelle. Aggravation considérable de l'état à la mort de sa sœur (suicide). Instabilité. Insomnie. Fatigue intellectuelle et physique Troubles gastro-intestinaux. Dégoût. Anorexie. Céphalées.

*Déclarations de la malade.* — Réglée à 14 ans. Règles régulières, moins abondantes depuis deux ans. Anémie à l'époque de la puberté. Opérée à 27 ans d'appendicite chronique. Convalescence normale.

En juillet 1927, apprend brusquement que sa sœur s'est suicidée. Depuis ce jour, les règles vont en diminuant (un seul jour actuellement). Les parents ont accusé la malade d'avoir été mise au courant du projet de suicide de sa sœur et de n'en avoir rien dit. Au bout de trois mois, la malade n'y tenant plus, quitte son foyer pour vivre seule. Période de privations matérielles et de soucis moraux. A cherché un dérivatif dans le travail. S'est surmenée. Elle s'est sentie de plus en plue énervée, déprimée.

Depuis deux ans, céphalées continuelles en casque.

Amaigrissement de 18 kilogs. Actuellement déprimée, sensation de fatigue intense, dégoût des aliments. Insomnie. Coustipation opiniâtre. Sa mère fait continuellement allusion à la mort de sa sœur : « Ah ! si tu nous l'avait dit ». Eprouve un grand besoin de repos, loin de tout bruit. Anxieuse le soir.

*Examen physique.* — Réflexes rotuliens vifs. Pupilles égales, régulières, réagissant normalement. Conjonctives décolorées.

Tension au Pachon : Mx 12 — Mn 8.

Le 4 décembre, numération globulaire : G. R. 3. 900. 000

G. B. 8.000

R. O. C. 72-85.

R. S. : indifférent.

*Traitement.* — Contre l'insomnie :

Somnifène XXX gouttes le soir, les premiers jours.

Sedormid, 2 comprimés, les jours suivants.

Dans la journée :

Bellafoline, XL gouttes avant chaque repas, du 30 novembre au 20 décembre.

Adrénaline, XLV gouttes avant chaque repas, du 25 décembre au 22 janvier.

Génésérine, pilules n° 2, du 22 janvier au 29 février, à 12 h. et à 18 h.

Injections de :

Bioplastina et Hectine B, alternées (10 de chaque).

Hépaglycérol, 20 injections.

Suivies de :

Salicylate de soute : 1 gramme (12 injections intraveineuses).

Serum de Locke 10 cc. 12 injections intramusculaires, du 30 janvier au 11 février.

Antasthène (12 injections), à partir du 24 février.

En résumé, traitement comprenant :

1° Des médicaments sédatifs et hypnogènes ;

2° — du sympathique ;

3° — anti-infectieux ;

4° — contre l'anémie et l'asthénie.

Enfin *Psychothérapie*.

La durée des règles est devenue presque normale, du 11 au 14 décembre, du 12 au 15 janvier. Elles sont annoncées les jours qui précèdent par des phénomènes d'angoisse : (constriction thoracique, serrement épigastrique, diminution de l'amplitude respiratoire), déjà éprouvés à la nouvelle du suicide de sa sœur.

L'anémie a disparu. Numération globulaire :

26 décembre.— G. R. 4.700.000

G. B. 9.000.

25 janvier. — G. R. 5.200.000.

G. B. 5.900.

Le poids a légèrement augmenté de 3 kilogs.

Par contre, la malade, consciente de son état, reste toujours anxieuse, émotive et asthénique. Elle est encore obsédée par le souvenir des évènements passés (Pouls : 116, après interrogatoire). Elle se plaint de lassitude générale et se déclare incapable de reprendre son travail. Elle a la phobie de sa machine à écrire. Elle dort bien; s'alimente bien, mais se plaint de l'estomac. Elle est susceptible, irritable et interprète en mauvaise part l'attitude du personnel à son égard.

D'ailleurs quelques notes relevées sur la feuille de surveillance rendent mieux compte de son état moral.

7 décembre. — Aime qu'on s'occupe d'elle. Dit sans cesse que ça ne lui fait rien de mourir.

11 décembre. — Est triste, pleure, reste inactive. Dit qu'elle est sure qu'elle ne peut rien faire (petits travaux de couture).

17 décembre. — Paraît mieux. Cherche à s'occuper un peu. S'écoute un peu moins.

23 décembre. — S'inquiète pour peu de chose. Aime qu'on la câline et la dorlote.

6 janvier. — Ne supporte pas d'observations. Se contrarie tout de suite. S'imagine que certaines infirmières lui en veulent. Il faudrait toujours la plaindre et la cajoler.

Pour cette raison, on a dû dernièrement la changer de pavillon. Mais les récriminations continuent ; elle n'est jamais satisfaite, se montre difficile et autoritaire, n'admet aucune observation. C'est dans cet état qu'elle est rendue à sa famille au début du mois de mars, améliorée au point de vue physique et même au point de vue mental (beaucoup moins anxieuse).

Une radiographie du tube digestif, le 27 février a montré un remplissage de l'estomac normal, mais un transit très ralenti. L'estomac est allongé verticalement, déprimé à mi-hauteur par la pression de l'angle splénique abaissé et gonflé de gaz.

Ptose du côlon transverse à trajet tortueux. Cæcum et côlon ascendant, bas situés, élargis, très peu mobiles et douloureux (appendicectomie).

## OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Capgras
à l'Asile Sainte-Anne.

Dans cette observation, l'émotivité anxieuse paraît liée à la toxicomanie sur un fond de déséquilibre moral constitutionnel.

Cocaïnomane depuis 8 années, R.., peintre décorateur, a commis des actes délictueux pour lesquels il a été interné en 1921 à Villejuif, ayant été déclaré irresponsable après expertise. Il en sort désintoxiqué, mais recommence à prendre la drogue huit jours après. De nouvelles escroqueries, des violences sur sa mère et son amie pour les voler et se procurer de la drogue l'amènent deux fois de suite à l'Hôpital Henri Rousselle, en 1928, où ont été tentés deux essais de désintoxication, le premier sans résultat durable. On institue également un traitement spécifique à l'acétylarsan d'après la notion d'une spécificité ancienne déjà traitée et d'un Wassermann positif. On le transfère à l'Asile où sa conduite irréprochable, les services qu'il rend, lui donnent une certaine indépendance. Peut-être trouve-t-il moyen de se procurer de la drogue, nous n'avons pu le constater. Au début de l'année 1930, à la suite d'un choc émotif (contrariété d'ordre sentimental) il traverse une période de dépression anxieuse. Il se sent nerveux depuis 3 mois ; il ne dort plus. Il éprouve une sensation de faiblesse générale, surtout dans les jambes. Il a des étourdissements, des vertiges névropathiques, des troubles digestifs : inappétence, nausées constipation ; des troubles hépatiques, douleur au niveau du foie

spontanée et à la pression, subictère des conjonctives ; il est hyperémotif et pleure à la lecture d'un fait divers un peu dramatique. Sensation d'angoisse : serrement épigastrique (les nerfs sont noués), palpitations cardiaques. Hors de l'asile, quand il sort avec sa famille envers laquelle il se montre irritable il ne se sent plus en sécurité et désire rentrer au plus vite. Il analyse très bien son état et se trouve en confiance auprès du médecin. Depuis plusieurs jours, les troubles émotifs et anxieux ont augmenté dans de grandes proportions à la suite de trois injections d'acétylarsan, le traitement spécifique ayant été repris.

Réflexes rotuliens vifs.

Hyperesthésie sensitive et sensorielle.

Pupilles inégales (gauche plus grande que droite). La gauche irrégulière.

Signe d'Argyll-Robertson.

R. O. C. inversé : 70-80.

R. S. indifférent.

Abdomen légèrement météorisé.

Foie ptosé. Douleur intermittente à la pression.

Radiographie du tube digestif : poche à air distendue, spasme médio-gastrique. Abaissement du côlon transverse.

Poumons et cœur normaux.

*Traitement*. — Sédormid, 2 comprimés le soir. Doses fractionnées dans la journée.

Génésérine : XX gouttes avant chaque repas.

Calomel à petites doses 0 gr. 10, le matin pendant 8 jours.

Aérophagyl.

Paubiline.

Ceinture abdominale.

*Régime.* — Pâtes alimentaires (Entérocolite muco membraneuse d'origine nerveuse).

Repos au lit les premiers jours.

*Psychothérapie.*

Disparition complète des troubles névropathiques après quelques semaines de traitement.

## OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Dr Cossa, Chef de Clinique à la Faculté).

*Anxiété chez un hypertendu. Traitement par l'angioxyl.*

M. R..., 52 ans, gros commerçant de province, est depuis deux ans au moins dans un état d'anxiété légère, mais quasi permanente. Avec un grand luxe de détails et volubilité, il se plaint de sensations de constriction thoracique (sans douleurs vraies), d'étouffement. Il a de la peine à assembler ses idées, se dit rapidement fatigable, a interrompu ses occupations, visité un grand nombre de médecins, suivi les cures les plus variées, a même fait un séjour en maison de santé, tout cela sans succès.

A l'examen complet, le seul fait qui retient l'attention est une hypertension à 23-15 (Pachon). A la radioscopie, hypertrophie légère du ventricule gauche. Le dosage de l'urée sanguine, la constante d'Ambard montrent des chiffres normaux. Réflexe oculo-cardiaque : pas de ralentissement. M. R. est mis au traitement à l'angioxyl ; petites doses : une ampoule (20 unités cliniques) six fois par semaine, jusqu'à concurrence de 30. Le traitement fut bien supporté,

amenant seulement une induration légère non douloureuse de la région où étaient faites les injections.

Nous ne pouvons reproduire ici les résultats obtenus jour par jour ; le traitement n'amena que des modifications légères de la tension, dont les chiffres varièrent selon les jours, entre 21 et 23 (maxima), entre 12 et 15 (minima) ; dans l'ensemble, cependant, tendance à une baisse légère.

Par contre, les symoptômes subjectifs furent vite et franchement améliorés. Spontanément, le malade dit qu'il a « l'esprit plus libre », qu'il « n'étouffe plus » et qu'il n'a plus de sensation de constriction pénible au niveau du thorax. Il se préoccupe de moins en moins de son état, peut s'occuper, n'est plus fatigable, comme auparavant. Certes, il se considère encore comme un malade, mais parle de reprendre son activité professionnelle. En fait, R..., que son état psychique rendait depuis deux ans incapable de s'occuper de sa maison de commerce et qui était devenu un malade de maison de santé, a eu à supporter indirectement, un mois et demi après le début du traitement, les conséquences d'un revers de fortune survenu dans sa famille. Il nous écrit qu'il a « soutenu le coup » et s'occupe de redresser la situation.

## OBSERVATION IV (personnelle).

Recueillie à l'hôpital Henri Rousselle.
Service de M. le Dr Toulouse.

G. C... 53 ans, représentant de commerce.

*Antécédents héréditaires.* — Mère, 76 ans, très nerveuse, hyperémotive, cyclo-thymique.

*Antécédents personnels.* — 2 crises dépressives atypiques, motivées :

La première en 1921 par des déboires commerciaux.

Dépression légère : 3 mois.

La deuxième en 1926 par un changement de situation.

Durée 4 mois.

Anxieux et émotif constitutionnel : caractère sombre, pessimiste, scrupuleux, douteur.

Entre le 30 juin 1930 avec le diagnostic de : Dépression mélancolique post-émotionnelle.

Anxiété. Auto-accusation (Dr Montassut).

Le 10 octobre 1929, accident d'auto alors qu'il conduisait. Il en sort indemne mais sa femme a une fracture de la clavicule. Elle est traitée chez elle.

Depuis le début de novembre, anxiété continuelle. S'accuse de ne pas avoir mis sa femme dans une clinique. Obsession : l'accident de sa femme a été sa faute. Remords rétrospectifs sur toute sa vie. Peur de perdre sa situation. Idées de ruine, de misère, de mort. Irritabilité, impatience. Méchanceté envers sa femme ; un jour, il essaie de lui serrer la gorge. Agitation nocturne. Insomnie. Se réveille

en poussant un cri. Descend dans la rue pour crier. Crises nerveuses.

Incapable de travailler.

*Asthénie complète.*

Préoccupations hypocondriaques.

Examen physique normal.

Recherches biologiques négatives.

T. A. Mx 13, Mn 9.

*Traitement.* — Somnifène.

*Angioxyl* : 3 injections, 2 le matin, 1 le soir, pendant 12 jours.

1er février. — Très anxieux, s'accroche aux médecins, demandant qu'on le tire de là.

4 février. — Mieux. Moins de crises d'angoisse. Anxiété matinale. L'après-midi, rit et plaisante.

Passages brusques et inattendus d'un état de gaieté, de bien-être, à un état anxieux avec gémissements, plaintes.

6 février. — L'amélioration s'accentue. Demande à s'occuper dans le service.

Sommeil meilleur. Anxiété matinale.

Le 8 mars, sort très amélioré avec l'ordonnance suivante :

Pendant 10 jours, prendre au repas de midi et au repas du soir chaque fois une cuillerée à dessert de sirop d'angioxyl.

Sédobrol, 1 ou 2 cubes le soir au moment du coucher (Dr Schiff).

Le 12 mars, revient avant de partir pour le Midi. Amélioration persistante, mais toujours angoisse au réveil.

T. A. Mx 14. Mn 8.

## OBSERVATION V (Personnelle).

(Recueillie à la Pitié. Consultation de M. le Dr Vinchon.)

*Anxiété chez un gastropathe. Traitement par la génésérine.*

M. H..., 43 ans, employé de commerce, marié, père de famille.

*Antécédents héréditaires.* — Père, mort de paludisme contracté en Sologne.

Mère, malade du foie (?)

*Antécédents personnels.* — En 1912, vomissements bilieux pendant plusieurs jours. Disparition avec régime en 1914. Blessure de guerre. Fracture sous-trochantérienne.

En 1925, soucis matériels. Perd sa situation et se trouve dans le besoin pendant 6 mois. Anxiété.

Début des troubles en 1926. Etourdissements dans la rue. Vertiges. Eblouissements. « Fausses syncopes » suivant son expression, se renouvelant 14 fois dans la journée. Angoisse. Sensation de constriction au niveau du cœur. Céphalées (en casque), frontales et rétro-auriculaires. Sensation de craquements dans la tête.

Douleur épigastrique alternant avec les céphalées.

Insomnie.

Etat saburral. Pituites.

Alternatives de constipation et de diarrhée.

Fringales mais digestions lentes avec somnolence, malaises, reprise des troubles. Sensation de gonflement du foie.

A l'examen physique :

Point douloureux épigastrique, correspondant au ganglion semi lunaire droit.

Réflexe solaire 60-72.

Réflexes rotuliens vifs.

T.A. 17-10 au Pachon.

Foie, estomac, cœur, poumons normaux. Conjonctives subictériques.

*Mentalement.* — Déprimé, anxieux, préoccupé de son état. S'analyse avec complaisance. Cite des termes techniques. Emet des opinions : il a l'impression qu'il s'agit d'une auto-intoxication. Désir de guérison. Confiance.

*Traitement.* — Psychothérapie. Régime.

Solution de Bourget. Eau de Vittel.

Belladone le soir au coucher.

*Génésérine* : XXX gouttes avant chaque repas, pendant un mois.

Quelques semaines plus tard, disparition complète des troubles : « La génésérine, dit il, m'a redonné la joie de vivre ».

## OBSERVATION VI (personnelle).

Recueillie à la Pitié. Consultation de M. le Dr Vinchon).

Mme M. T..., 43 ans, mariée.

*Antécédents héréditaires.* — Mère nerveuse, ayant éprouvé les mêmes troubles à 38 ans.

*Antécédents personnels.*— 3 fausses couches au début, puis un enfant dont la santé lui a toujours causé des inquiétudes.

Bonne entente avec son mari, mais démêlés avec la belle-

mère. Vient consulter le 14 juin 1919 à l'hôpital Henri Rousselle parce qu'elle se sent nerveuse : elle a des crises d'angoisse et craint de devenir folle et de se suicider. Insomnie. Anorexie. Constipation. Estomac resserré. Sensation d'étouffement et de spasme pharyngé. *Cet état dure depuis 9 ans*, moins accusé, naturellement. Bien réglée (durée : 2-3 jours).

On lui ordonne une série de douze injections d'acétylarsan, deux par semaine. Elle revient le 30 juillet après traitement, encore plus anxieuse et émotive : « Crise d'anxiété devant nous, signale le médecin de la consultation. Phobie du suicide. Se sent très énervée. Ne supporte plus rien. Craint de devenir folle. Obsédée phobique. »

Elle fait un séjour de 10 jours à l'hôpital durant lequel on la traite par des injections de *bellafoline*, deux par jour. Mais elle se plaint que ces piqûres l'étourdissent, l'incommodent ; on est obligé de les interrompre. Elle a la sensation d'avoir une éponge dans l'estomac. Au moral reste très déprimée, pleure et s'imagine toujours faire de la peine à quelqu'un.

Les recherches biologiques n'ont rien montré d'anormal.

Wassermann négatif.

Elle sort peu améliorée le 10 août avec le diagnostic de mélancolie anxieuse (Dr Targowla). Elle suit un traitement à base de gardénal, d'arrhénal, de pilules ainsi composées :

Tartrate ferrico-potassique.....
Extrait de gentiane.....
— jusquiame.....
— rhubarbe..... } à 5 gr.
— noix vomique..... 0,50.
Glycérine, q. s.

2 à chaque repas ; 4 par jour.

Le 18 septembre, on commence une série de douze injections intra-veineuses de *salicylate de soude* à 1 gramme, suivies le 31 septembre d'une nouvelle série de 8 injections à 2 grammes, une tous les deux jours. Les jours intercalaires, injection d'iodaseptine : 0,50.

Son état ne s'améliore pas et le 24 janvier 1930, elle va consulter à la Pitié :

Anxiété. Angoisse. Hyperémotivité.

Déséquilibre sudoral. Hyperidrose palmaire.

Amaigrissement de 15 kilogrammes.

Constipation.

Foie ptosé, douloureux à la pression.

Estomac normal. Pas d'aérophagie.

Réflexe vésiculo-cardiaque. Pouls 100-108.

Réflexes rotuliens vifs.

*Traitement.* — 1° Prendre 3 fois par jour, chaque fois XX gouttes de :

| | |
|---|---|
| Laudanum de Sydenham..... | 10 gr. |
| Teinture de Belladone..... | 5 gr. |

2° Après déjeuner et au dîner :

Chaque fois XX gouttes de teinture de Boldo.

*Psychothérapie.*

14 février. — Après une phase d'amélioration, l'état général décline à nouveau.

Pas de *sensibilité hépatique*.

14 mars. — Amélioration transitoire.

Rechute de l'état de dépression, 9 jours avant les règles (peu abondantes).

28 mars. — Très améliorée. *Disparition complète des troubles* : anxiété, angoisse, phobies.

*Moral excellent*. Toujours hyperémotive.

## OBSERVATION VII (Pesronnelle) .

(Recueillie à la Pitié. Consultation de M. le Dr Vinchon).

*Anxiété et asthénie d'origine digestive chez une édentée.*

Mme. G... L..., 38 ans, mariée. Bonne entente conjugale. Un enfant difficile à élever.

Antécédents nuls. A fait une fausse couche à la suite de laquelle elle aurait éprouvé pendant quelque temps des troubles analogues à ceux dont elle se plaint depuis plus d'un an. D'un tempérament nerveux et d'un caractère inquiet, se préoccupant pour la moindre chose, elle a vu s'accroître ce nervosisme et cette inquiétude à la suite de difficultés matérielles qui l'ont obligée à travailler ces dernières années, alors que depuis toujours elle s'occupait seulement de son ménage. Elle devenait irritable, surtout envers son enfant qu'elle réprimandait sévèrement. Parallèlement à ces troubles de l'humeur et du caractère, apparaît une fatigue qui lui rend impossible l'accomplissement de sa tâche journalière.

Au mois de février 1929, elle est prise subitement dans la nuit d'un vertige, suivi, après une courte perte de connaissance, de nausées, de bâillements, de diarrhée. Elle est couverte de sueurs froides.

Son médecin ayant constaté l'existence de ptoses viscérales (estomac, intestin) lui conseille de porter une ceinture

abdominale et lui prescrit quelques médicaments (gardénal, atropine, belladone).

Le port de la ceinture ne lui procure aucun soulagement et les remèdes n'amènent pas de sédation des troubles nerveux. Elle se plaint que le gardénal l'abrutisse. Les vertiges se renouvellent, sans perte de connaissance ; elle a l'impression que tout tourne autour d'elle et cherche à s'asseoir partout où elle se trouve. Cette instabilité orthostatique la frappe ; elle l'attribue à de la faiblesse, car elle se sent de plus en plus lasse. Elle en vient à ne plus vouloir sortir de peur de tomber ; elle est incapable de faire son marché toute seule et la vue de grands espaces à franchir la clouent sur place. Elle devient presque agarophobique.

Son sommeil est irrégulier.

Elle est sujette aux crises de larmes, de découragement. Bien qu'elle ait toujours été bien réglée, les troubles augmentent, principalement l'asthénie, dans les dix jours qui suivent ses époques.

Au mois d'octobre 1929, elle va consulter à la Pitié, très déprimée, anxieuse et hyperémotive. Elle tremble durant l'examen.

Au début son pouls bat à 66.

Il passe à 94 par flexion du tronc en avant.

Il est à 120 à la fin de l'interrogatoire.

T. A., le 18 août, 13-8 1/2.

Elle se plaint de troubles digestifs assez particuliers ; elle a toujours faim mais quand elle mange trop « la digestion ne se fait pas ». Deux heures après avoir satisfait son appétit, elle est prise de bâillements, elle a des nausées, des éructations.

La palpation de l'estomac montre du clapotement à jeun. La percussion indique une ptose gastrique (poche à air basse) et probablement intestinale, de même qu'une grosse aérophagie et aérocolie.

Le foie paraît normal.

La respiration est plus abdominale que thoracique.

Enfin, la malade est constipée.

Sa langue est légèrement saburrale.

Dentition défectueuse ; absence de molaires à la mâchoire inférieure et d'incisives à la mâchoire supérieure.

*Traitement.* — Belladone. Charbon. Lactobyl. Chlorocalcion.

Bains de bouche. Nécessité d'un bridge mais elle s'y refuse pour le moment.

Psychothérapie.

Le 5 novembre, un peu moins anxieuse. N'est plus constipée.

6 décembre. — Amélioration nette. Disparition des vertiges. Moral meilleur. Il y a des jours où elle est tout à fait tranquille.

7 janvier. — A la veille des règles, rechute. Constipation avec état nauséeux transitoire. Asthénie.

7 mars. — Très améliorée. Plus de crises de larmes. Longues périodes de calme, mais toujours fatiguée et obligée de s'asseoir de peur d'être prise d'un vertige. Elle réduit le nombre de ses sorties. On lui prescrit en plus du traitement habituel, une série de dix injections hypodermiques de glycérophosphate de soude à 0 gr. 10.

4 avril. — Encore inquiète et hyperémotive.

Elle se plaint des injections qu'elle appréhende et qui la

rendent nerveuse (fréquent chez les anxieux hyperémotifs). Ses règles ont été moins abondantes et suivies d'une courte période de fatigue.

T. A. 14 — 9.

Se dit elle-même très améliorée. Raisonne bien. Très accessible à la psychothérapie.

Se refuse encore à aller consulter à l'Institut dentaire, car elle a peur qu'on lui arrache des dents sans l'insensibiliser. Rassurée sur ce point, elle change d'avis et elle ira. Chez elle l'appréhension joue un rôle considérable et la paralyse dans ses gestes même ceux qu'elle désire ardemment accomplir. Il faudrait l'intervention d'une psychothérapie active.

## OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. le Dr Nacht).

*Anxiété névropathique guérie par traitement psychanalytique.*

Mme X..., 27 ans, mariée, mère d'un enfant de deux ans t qui est sujette à des crises d'hystérie, nous est confiée en vue d'un traitement psychanalytique par notre maître, le Professeur Claude.

Elle souffre depuis plus d'un an. « Tout l'énerve », elle ne peut pas supporter la moindre contrariété ou la plus insignifiante contradiction sans qu'elle n'éclate en sanglots, qu'une crise hystérique se déclanche. Elle néglige son intérieur, rien ne l'intéresse, tout est sujet d'ennui et cause de fatigue.

Ses sentiments affectifs ont changé et ce qui l'ennuie surtout c'est que certaines de ses affections sont devenues presque des sentiments hostiles. Enfin elle est sujette à des crises *d'anxiété* très pénibles « qui la rendent folle », dit-elle.

Nous n'avons ni l'intention ni la possibilité de rapporter ici toute son histoire clinique, ni même le résumé de la cure psychanalytique.

Cela dépasserait d'ailleurs le but dans lequel cette observation nous a été demandée.

Nous dirons ici, aussi brièvement que possible, comment *l'anxiété*, grâce à l'analyse a pu être rapportée à sa source infantile, et partant comment nous avons pu ainsi en débarrasser notre malade.

Le fait prédominant et qui marquait toute l'histoire de cette malade était la *masturbation.*

Nous verrons par la suite combien l'anxiété était étroitement liée à la masturbation ; aussi nous faut-il insister tout de suite là-dessus.

Déjà, au début du traitement la malade pouvait se rappeler deux périodes de sa vie aux cours desquelles la masturbation était le fait essentiel de sa journée.

La première de ces périodes aurait commencé vers trois ans et se serait prolongée jusqu'à l'âge de 10 ans.

Durant cette période la grande préoccupation était surtout de se cacher, la mère l'ayant une fois surprise en train de se masturber et l'ayant fortement admonestée.

Les choses n'allèrent pas de même dans la deuxième période. Vers 16 ans, elle reprit la masturbation ; mais, cette fois-ci elle entraîna un état moral déplorable : Sentiment intense de culpabilité (sentiment surtout inconscient)

se traduisant par un grand sentiment d'infériorité, sentiment de déchéance, dépression et crises d'anxiété.

A 20 ans elle réussit brusquement à supprimer la masturbation. Il s'en suit une bonne période jusqu'à son mariage.

Dans les premiers temps de celui-ci, tout continua à bien aller. Ce n'est qu'après la naissance de l'enfant que les symptômes déjà signalés réapparurent et. en plus, les crises hystériques.

L'anxiété plus intense et les *idées* de suicide décidèrent la malade à se faire soigner.

Dès le début du traitement le complexe d'Œdipe put être superficiellement vite analysé et rendu conscient. Mais l'amélioration, et surtout la disparition, de l'anxiété n'a été obtenue qu'à la suite de l'analyse de deux rêves. L'analyse seule de ces deux rêves avait permis une prise de connaissance de tendances incestueuses à l'égard du père, dans une atmosphère très chargée affectivement et partant très importante quant à l'effet thérapeutique.

Le premier de ces rêves nous avait donné possibilité de remonter à une période de l'enfance très importante pour notre malade.

Il s'agissait d'un rêve *d'exhibitionnisme* qui ne faisait d'ailleurs que reproduire ce qui s'était passé réellement. A l'époque en question le père de la malade avait pris l'habitude de venir tous les matins auprès du lit de son enfant. Il la mettait debout sur le lit, jouait un moment, puis lui enlevait la chemise de nuit et l'habillait ensuite.

Cela donnait beaucoup de joie à la petite fille ; mais malheureusement son complexe d'Œdipe se trouvait de par ce fait très renforcé.

Le deuxième rêve était encore plus significatif. Un monsieur qu'elle ne connaissait pas (en réalité l'analyse a montré qu'il s'agissait du père de la malade) « tuait tous ses maris » et l'emmenait en Italie où elle menait une vie heureuse.

L'analyse de ce dernier rêve en précisant et en rendant vivant les souvenirs se rattachait au *complexe d'Œdipe*, et fut suivi d'une détente très heureuse et, en quelques jours, l'amélioration était telle que la malade se disait être guérie.

*L'anxiété* surtout disparut *brusquement*, et voici pourquoi : A la suite de l'analyse du rêve, la malade put avoir des rapports sexuels avec son mari, chose qu'elle redoutait grandement jusqu'à présent, cela à cause de l'anxiété qui précédait ou succédait au coït. La malade avait établi une identité entre le coït et la masturbation ; en raison du spasme de l'orgasme, elle considérait identiques l'un et l'autre. Or la masturbation aussi bien que le coït lui était « tabou », défendu en raison du complexe d'Œdipe et du sentiment de culpabilité qu'il avait créé.

La masturbation étroitement liée à la situation du premier complexe d'Œdipe, avait constitué une manière de résoudre ce complexe, une manière défectueuse, bien entendu, parce que entraînant un sentiment de culpabilité intense.

Tout se passait chez notre malade comme si l'anxiété avait pour but de satisfaire au besoin d'auto-punition découlant de ce sentiment de culpabilité, chaque fois que quelque acte, sexuel (masturbation ou coït) se produisait. Une fois, le complexe d'Œdipe analysé et, partant, le père *désexualisé* et ainsi l'activité sexuelle libérée du poids de la culpabilité, l'anxiété disparut.

## CONCLUSIONS

1° L'étude du traitement de l'anxiété névropathique est intéressante à plusieurs titres :

*a*) Les acquisitions biologiques de ces dernières années mettent en valeur le côté organique, autrefois délaissé, des névroses.

*b*) La psychanalyse nous a éclairé sur le rôle du subconscient et des chocs affectifs de l'enfance dans la genèse de ces états.

*c*) La prophylaxie sociale de l'anxiété névropathique est une question vraiment à l'ordre du jour.

2° L'anxiété névropathique diffère par ses caractères de l'anxiété psychopathique. Elle n'est que l'exagération de l'état d'inquiétude latente du psychopathe, individu conscient de son état morbide et déséquilibré de l'affectivité soit héréditairement, soit à la suite de causes diverses (émotions répétées, surmenage, maladies, déceptions, etc...) Occasionnellement, sous l'influence de ces mêmes causes, elle subit des recrudescences donnant le tableau clinique de la névrose ou atteignant le paroxysme (crise anxieuse). Le rôle des facteurs organiques paraît moins évident que celui des facteurs psych ques. On

aurait tort cependant de le considérer comme secondaire.

3° Le traitement de l'anxiété névropathique est de deux ordres : syptomatique et étiologique.

A) Le traitement *symtomatique* est applicable à tous les degrés de l'anxiété névropathique. Il est le traitement d'urgence des états paroxystiques. Son but est d'obtenir une sédation immédiate et au moins passagère des symptômes physiques et psychiques.

*a*) A l'aide des médicaments d'efficacité reconnue mais peu toxiques. Les dangers de la toxicomanie devront faire éviter autant que possible l'usage répété de l'opium et ses alcaloïdes et même des dérivés barbituriques.

*b*) Par une action morale (psychothérapie) sur le malade lui-même et parfois sur son entourage. Elle nécessite de la part du médecin une connaissance approfondie de l'état mental de ces névropathes et une culture psychanalytique.

B) Le traitement *étiologique* ne sera institué qu'après un examen approfondi et méthodique du malade au cours duquel on aura su faire la somme des réactions physique et spsychiques que l'on devra confronter ensuite sans préjugé ni parti-pris avec les causes les plus fréquentes, dont certaines érigées en théorie d'anxiété névropathique : intoxication, infection, déséquilibre neuro-végétatif, neuro-arthritisme (Heckel), troubles viscéraux digestifs, alcalose san-

guine et urinaire, épuisement nerveux, insatisfaction sexuelle et refoulement (Freud).

Il ne sera réellement efficace que soutenu par la psychothérapie.

4° Chez ces malades qui sont souvent des intoxiqués, les remèdes toxiques prescrits dans un but tonique ou spécifique (strychnine, arsenic, etc.) ont pour effet d'aggraver les troubles et parfois de provoquer une crise.

D'une façon générale, il est préférable d'user de toniques peu toxiques et à doses modérées. S'en abstenir dans les états paroxystiques.

5° La prophylaxie de l'anxiété névropathique a un champ d'action immense : héréditaire, familial, social. L'action préventive familiale s'inspire heureusement aujourd'hui des données psychanalytiques sur la sexualité infantile.

La prophylaxie sociale se heurte à de sérieux obstacles : abus de plus en plus répandu des toxiques et surtout de l'alcool, conditions d'existence difficiles et peu naturelles de la vie moderne, mentalité d'après guerre contre laquelle il n'y a d'autre remède que le temps.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

# BIBLIOGRAPHIE


*Ballet* (*Gilbert*). — Sur la névrose d'angoisse (Congrès des alién. et neurol. Grenoble, 1912).

*Ballet* et *Rogues de Fursac*. — Les psychoses commotionnelles (choc émotif) (Paris médical, 1916).

*Binet*. — Leçons sur la physiologie du système nerveux (Cours et conférence, 1926).

*Blanchet* (*R.*). — Contribution à l'étude des névroses intestinales. Thèse Paris, 1901.

*Bonnier* (*P.*). — L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie. Paris, Alcan, 1913. — L'anxiété. Paris Alcan, 1913.

*Brissaud*. — De l'anxiété paroxystique (Sem. Médic., 1890. Revue Neurol., 1902. Congrès de Grenoble et Soc. Neur., déc. 1902).

*Burge* (*W. E.*) et *Burge* (*E. L.*). — The effect of the émotions on the catalose content of the liver (Amer. Journ. of physiol. Baltimore, p. 75).

*Campana* (*G.*). — Contribution à l'étude des états liés à l'hyperémotivité anxieuse et de leur traitement. Thèse Paris, 1930.

*Cannon* (*W. B.*). — Bodily changes in pain, hunger, fear and zage. New-York, Appleton, 1915.

*Chiray* (*M.*). et *Zitzermann* (*S.*). — Etats mélancoliques. Atonie vésiculaire et stase biliaire (P. M. nº 6, janv. 1930).

*Claude* (*H.*). — Maladies du système nerveux. Paris, 1922.

*Claude, Tinel* et *Santenoise*. — Essai du traitement biologique des crises anxieuses maniaques ou confusionnelles de la psychose périodique (Progr. médical, nº 22, 1925).

*Cornélius* (*R.*). — La médication acidifiante dans le traitement des états anxieux (Soc. de thérap., 15 janv. 1925).

— Angoisse et chlorure de calcium. Essai d'une médication acidifiante (Soc. de Psychiâtrie, févr. 1925).

*Cossa* (*P.*). — L'hormone hypotensive du pancréas dans la thérapeutique des états anxieux avec phénomènes vasculaires (Prog. médical, 8 mars 1930).

*Darré* (*M. R.*). — Le Sédormid dans la pratique médicale courante (Gaz. des hôp., 1930, nº 26).

*Delavierre*. — Les réactions émotives. Thèse Paris, 1927.

*Devaux* et *Logre*. — Les anxieux. Paris, Masson, 1917.

*Dezos* (*L. G. P.*). — Du rôle de la prédisposition individuelle dans les accidents dits commotionnels ou émotionnels. Thèse Bordeaux, 1919.

*Drouet*, *Hamel* et *Vérain*. — Recherches sur l'équilibre acido-basique chez les anxieux et considérations thérapeutiques (Congrès de Barcelone, 1929).

*Dubois*. — Les psychonévroses et leur traitement moral. Masson, 1909.

*Dupouy* et *Montassut*. — Traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées (Soc. Méd. psychol., 1924).

*Dupré* (*E*). — Les déséquilibrés constitutionnels du système nerveux (Paris Médical, 1911).

— La Constitution émotive (C. R. Société de neurol. et de psych., 13 janvier 1910).

— Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris, Payot, 1925.

*Dupré* et *Trepsat*. — La technique de la méthode psychoanalytique dans les états anxieux (Encéphale, 1920).

*Euzière* (*J.*) et *Margarot*. — Réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux (Encéphale, 1920).

*Euzière* et *Margarot*. — L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse (Languedoc Méd., 1921).

— De l'angoisse considérée comme la traduction subjective d'un état sympathicotonique (Soc. Méd. des hôp., oct. 1920).

*Famenne*. — Les états anxieux (Congrès belge de neurol. Bruges, 1911).

*Féré* (*Ch.*). — Pathologie des émotions, étude physiologique et clinique. Paris, F. Alcan, 1892.

*Fourcade* (*H.*). — La constitution émotive. Thèse Paris, 1911.

*Freud* (*S.*). — Uber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten symptomenkomplex als « Angsneurose» (Abzutrennen Neurol. Zentralb., 1895).

— La psychanalyse, trad. par Yves Le Lay. Paris, Payot, 1921.

*Glaser* (*F.*). — Les variations de la teneur en chaux dans le sérum sanguin au cours des névroses fonctionnelles (Med. Klinik., nº 36, sept. 1929).

*Grasset* (*J.*). — La névropathie psychosplanchnique (psychonévrose du vago-sympathique) (Prov. méd., 1909 et Tribune méd., 1910).

*Gorriti*. — La constitution émotive et la vagosympathicotonie. (Semana medica de Buénos-Aires, nº 4, janv. 1926).

*Greco* (*F. del*). — Les anxieux émotifs (Rivista ital. di Neuropath. Psych., 1917).

*Guillaume* (*A. C.*). — Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies. Masson, 2e édit., 1928.

*Hadfiel* (*J. A.*). — Les états d'anxiété (The british Journal of Med psychology, vol. IX, part. I., 1929).

*Hartenberg* (*P.*). — La névrose d'angoisse. Paris, Alcan, 1900. Les psychonévroses anxieuses et leur traitement. Paris, Alcan, 1922.

*Heckel* (*F.*). — La névrose d'angoisse. Paris, Masson, 1917.

*Hecker*. — Sur l'importance de la maladie d'angoisse, etc... (Allg. Zeitschr. f. psych., vol LII, 6, 1167).

*Hesnard* (*A.*). — Culture psychanalytique et clientèle psychiatrique courante (Hyg. Ment., févr. 1930).

*Janet* (*P.*). — Les médications psychologiques, tomes I, II, III.

*Krishaber*. — Névropathie cérébro-cardiaque. Paris, 1873.

*Laforgue* (*R.*) et *Nacht* (*S.*). — Considérations psychanalytiques d'hygiène mentale (Hyg. ment., févr. 1930).

*Laignel-Lavastine*. — Pathologie du sympathique. Alcan, 1924

— La méthode concentrique dans l'étude des psychonévroses.

— Conférences de sympathologie clinique, 1re série. Chahine 1929.

— L'anxiété. Leçon clinique faite à Sainte-Anne, 21 avril 1912 (Inédite).

*Laignel-Lavastine* et *Cornélius*. — L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques. Syndrome urinaire de l'angoisse. (P. M., nº 92, nov. 1925).

*Laignel-Lavastine* et *Cornélius*. — Le pH urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés (Soc. de Biol., 18 oct. 1924).

*Laignel-Lavastine, Cornélius* et *Vincent*. — Le pH et la réserve alcaline du sang chez les anxieux (Soc de Biol., 24 mars 1928).

*Leclerc*. — Précis de phytothérapie.

*Lévi* (*Lépold*). — Contribution à la pathogénie et au traitement de l'angoisse et de l'anxiété (Bull. Soc. Méd. de Paris, 1917)

— Troubles nerveux d'origine hépatique. thèse Paris. 1896).

*Livet*. — Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire (Soc. Clin. de méd. ment., 1919).

*Lœper* et *Verdy*. — La répercussion glandulaire et humorale des commotions (Bull. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 1916).

*Londe*. — L'angoisse (Rev. Méd., 1902).

*Masquin*. — Traitement de l'anxiété (1920).

*Mestafe* (*J.*). — Le traumatisme psycho-sexuel dans l'étiologie de certaines névroses et psychoses (Revista de neurologia, psiquiatria y médicina legal del Uruguay, 1929).

*Morel*. — Du délire émotif. Névrose du système glanglionnaire viscéral (Arch. gén. du méd., 1886).

*Morhardt* (*P.-E.*). — Maladies de la nutrition et psychisme (Vie méd., 25 mars 1930).

*Naudascher*. — Anxiété avec hypotension artérielle ; traitement par l'adrénaline (Méd. ment., 1923).

*Pauchet* (*V.*). — A propos de la gastroptose (Soc. de Méd., 25 janv. 1929).

*Régis* et *Hesnard*. — La psychanalyse des névroses et des psychoses, 2e édit., Alcan, 1924.

*Renon* (*L.*). — L'angoisse de guerre et son traitement (Bull. gén. de Thérap., mars 1916).

*Rich* (*G.I.*). — L'acidité du corps dans ses rapports avec l'excitabilité émotionnelle (Arch. of neurol. and psychiatry, n° 3, sept. 1928).

*Santenoise*. — Système nerveux végétatif et intoxications (Réun. biol. neuro-psych., janv. 1923).

*Santenoise* et *Abely* (*P.*). — Recherches sur l'état neurovégétatif chez les anxieux (Soc. Méd. psych., avr. 1923).

*Santenoise* et *Vidacovitch*. — Anxiété et déséquilibre neuro-végétatif (Prat. méd. fr., n° 20, 1924).

*Santenoise*, *Vidacovitch* et *Legrand*. — Rôle du pancréas dans l'hypervagotonie. Essais d'applications thérapeutiques

dans quelques psychoses et névroses (Soc. de psychiatr., mars, 1926).

*Schiff (P.)*. — Essais de traitement de la mélancolie anxieuse par l'angioxyl (Soc. de psych., janv. 1930).

*Sollier*. — Le mécanisme des émotions (1905).

*Stanesco (J.)*. — Contribution à la thérapeutique de la mélancolie (Sem. hôp., 28 févr. 1930).

*Targowla, Serin (Mlle)* et *Ombredane*. — Le salicylate de soude intra-veineux dans le traitement de certaines psychoses (Prat. méd. franç., nov. 1928).

*Targowla* et *Ombredane*. — Action sédative et suspensive du calcium intra-veineux dans l'angoisse et l'agitation des anxieux (Soc. de psych., 1928).

*Targowla* et *Lamache*. — Le syndrome biologique des états mélancoliques (Encéphale, févr. 1929).

*Thomas (André)*. — Psychothérapie. Baillière, 1912.

*Tinel*. — L'extrait hypophysaire chez les anxieux (Soc. de Psych. 1924).

— Essai de traitement des crises anxieuses par le calcium (Soc. de psych., 1925).

— Le choc hémoclasique dans les crises anxieuses (Soc. de Psych., déc. 1924).

*Tinel* et *Santenoise*. — Vagosympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété (P.M., 1922).

*Trepsat*. — Du traitement des états anxieux par la méthode psychanalytique (Encéphale, 1920).

*Vinchon (J.)*. — Anxiété et paludisme (Journal de psychologie, oct. 1920).

— Notes cliniques sur la psychasthénie (Monde méd., 15 janv. 1930).

*Vinchon* et *Glenard (B.)*. — Les réactions vaso-motrices du foie (Monde Méd., 15 juin 1929).

*Wallon (H.)*. — Psychonévroses et troubles d'origine sympathique (Soc. de psych., 1921)

*Yellowless (H.)*. — Le rôle de l'anxiété dans les psychoses et les psychonévroses (The british Journal of medical psychology, vol. IX, part. I, 1929).

*Zitzermann*. — Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. Thèse Paris, 1929.

886. — Imp. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-30